

DE L'INFLUENCE

DE

L'INTERVENTION OPÉRATOIRE

SUR LE

DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHÉ

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Samedi 9 Août 1884, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH SCHURRER

De Gundolsheim (Haut-Rhin);

INTERNE ET LAURÉAT DES HOPITAUX DE NANCY (PRIX BÉNIT), LAURÉAT
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

NANCY

IMPRIMERIE F. COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0036

(1^{re} Série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 195).

DE L'INFLUENCE

DE

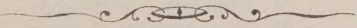
L'INTERVENTION OPÉRATOIRE

SUR LE

DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Samedi 9 Août 1884, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH SCHURRER

De Gundolsheim (Haut-Rhin)

INTERNE ET LAURÉAT DES HOPITAUX DE NANCY (PRIX BÉNIT), LAURÉAT
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

NANCY

IMPRIMERIE F. COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLOT ✱, STOLTZ C ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, profess.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profes.	
Clinique obstétricale et accou- chements.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL et E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patholo- gie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, profess.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, profess.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, profess.	
Clinique externe.....	M. WEISS, agrégé, chargé	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, id.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, id.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.
DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la thèse :

M. GROSS, *président* ; MM. HERRGOTT, BÉCHET, WEISS.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni
les approuver ni les imputer.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE

TÉMOIGNAGE D'AFFECTION ET DE RECONNAISSANCE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION.

Depuis que, en 1867, au congrès international de Paris, M. Verneuil a attiré l'attention du monde médical sur les dangers d'une intervention opératoire chez des individus entachés d'une affection constitutionnelle, un grand nombre de recherches ont été faites sur l'influence réciproque du traumatisme opératoire et des états généraux. Quelques-uns de ces travaux, exagérant peut-être les idées du maître, ont eu pour but de jeter la plus grande défaveur sur l'intervention chez les diathésiques, parce que souvent l'opération ne réussit pas, que si elle réussit, elle est la plupart du temps inutile, et que, dans bien des cas, elle a la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie générale. Ces études ont pris surtout une extension considérable pour la diathèse tuberculeuse qui, de jour en jour, gagne de la place dans le cadre des affections chirurgicales. Témoins de quelques faits malheureux, un certain nombre de chirurgiens se refusent, d'une façon presque absolue, à pratiquer une opération chez un individu atteint à la fois d'une lésion périphérique et d'une localisation pulmonaire de la tuberculose, parce qu'ils craignent de donner, comme on dit, un coup de fouet à l'affection viscérale. D'autres voyant dans la lésion chirurgicale une cause puissante de débilitation, ne pouvant

avoir qu'une influence nocive sur la tuberculose pulmonaire, débarrassent leur patient de sa lésion périphérique; ils espèrent ainsi obtenir une amélioration générale qui permettra à l'organisme de résister plus longtemps à l'envahissement des lésions viscérales, peut être même de s'en débarrasser.

Vu l'intérêt énorme qui se rattache à ces questions, nous avons cherché à nous rendre compte des conditions qui accompagnent l'une ou l'autre de ces terminaisons. Nous avons parcouru un nombre considérable de ces faits publiés tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, en nous attachant surtout aux circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'opération.

Pour faciliter cette étude, nous avons divisé ces faits en deux séries : l'une comprenant les cas de tuberculose pulmonaire ou généralisée consécutive à l'opération; l'autre les cas d'intervention chez des individus déjà phthisiques. Mais comme toutes ces localisations tuberculeuses périphériques ou viscérales, ne sont que des manifestations d'une seule et même affection générale, nous avons cru nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur cette maladie, et d'exposer en traits généraux les idées admises aujourd'hui sur la nature de cette affection, son mode de propagation et d'évolution. Voici le plan que nous avons suivi :

Après avoir étudié l'histoire de l'intervention chez les tuberculeux, nous divisons notre travail en trois parties;

Dans la première partie, nous étudierons la tuberculose en tant que maladie générale, insistant particulièrement sur le mode de production des localisations chi-

rurgicales, et leur rapport avec l'infection générale. Nous avons cherché à résumer en quelques pages les idées et les théories les plus récentes sur cette importante question de la diathèse tuberculeuse.

Dans la deuxième partie nous chercherons, en nous appuyant sur un grand nombre de faits, à établir approximativement le chiffre de la mortalité pour tuberculose pulmonaire ou généralisée à la suite d'une intervention opératoire chez des individus atteints d'une lésion tuberculeuse de nature chirurgicale. Puis nous étudierons les conditions dans lesquelles se produit cette généralisation ou cette localisation pulmonaire ;

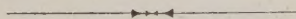
Enfin la troisième partie sera consacrée à l'étude de l'influence de l'intervention opératoire sur la marche de la tuberculose pulmonaire.

Ici encore, nous nous attacherons surtout aux circonstances qui précèdent et suivent l'opération.

Nous terminerons par quelques conclusions générales.

Quant aux observations, nous les donnons toutes, en résumé, à la fin du travail.

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste à exprimer à M. le professeur Gross toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, et pour l'extrême obligeance qu'il a eue de mettre à notre disposition ses documents, sa bibliothèque et surtout ses bons conseils.



HISTORIQUE

L'histoire de l'intervention opératoire chez les tuberculeux ne remonte pas au delà de ce siècle. Il y a néanmoins une exception pour les fistules à l'anus qui étaient considérées, d'une façon unanime, comme un *noli me tangere*. C'était un émonctoire salubre dont la suppression aurait déterminé certainement des accidents graves : aussi aucun chirurgien n'aurait osé opérer une fistule anale chez un phthisique.

C'est dans les *Leçons de Boyer* (1) 1803, que nous trouvons mentionnées les premières indications précises au sujet des amputations pour tumeur blanche des articulations. Il n'opérait que quand tous les moyens de conservation avaient échoué, quand tous les éléments de l'articulation étaient détruits, et surtout lorsqu'en même temps il existait de la fièvre hectique, de la diarrhée, un affaiblissement considérable, en un mot, lorsqu'il y avait danger de mort. Bell et Samuel Cowper sont du même avis : aussi leurs résultats furent-ils déplorables.

Dans les travaux publiés au commencement de ce siècle par Pariset et Petit, 1812 (2), Perril et Laurent (1820), Blandin (1835), on ne trouve aucune indication au sujet des opérations chez les phthisiques. Cependant Jourdan (1816) (3), et Bégin (1832) (4), dans des articles sur la fistule à l'anus, conviennent que, lorsque celle-ci devient une cause d'augmentation d'intensité de

(1) *Leçons du citoyen Boyer*, 1803, t. II.

(2) *Dict. des sciences méd.*, 1812. Art. *Amputation*.

(3) *Dict. des sciences méd.* Article *Fistules*.

(4) *Dict de médecine*, 1832. Art. *Fistules*.

l'affection interne, on peut l'opérer, à condition d'établir d'abord un cautère sur un autre point du corps.

Syme (1832), Velpeau (1837), Gerdy (1840), n'opèrent que dans les dernières limites. « Quand je dis qu'il faut opérer, écrit Gerdy (Remarques sur l'anatomie pathologique et le traitement des tumeurs blanches articulaires) (1), je fais abstraction de quelques cas particuliers dans lesquels l'opération serait rendue impossible par l'existence de quelque lésion grave, capable d'amener par elle-même la mort en quelques jours. Mais j'opère alors même que l'auscultation fait reconnaître des tubercules pulmonaires encore à l'état de crudité, pourvu que le malade ait la force de supporter l'opération et de faire les frais de la guérison. » C'est toujours l'amputation qu'il pratiquait.

Mais ce n'est que dans Lisfranc que nous trouvons des idées nettes sur les rapports du traumatisme opératoire avec les maladies générales, et surtout la tuberculose. Voici ce qu'il dit à ce sujet : (2)

« Il existe entre les viscères et les grandes articulations des rapports qu'on n'a pas assez étudiés. Malheureusement quelques affections chroniques des viscères abdominaux ou thoraciques sont à l'état latent. Quels que soient les moyens d'investigation auxquels le chirurgien se livre, il peut ne pas les reconnaître. Guérit-il alors une tumeur blanche, ou est-il obligé de pratiquer l'amputation d'un membre, tout-à-coup la fièvre traumatique ou la suppression de cette espèce d'exutoire constitué par la maladie qui vient d'être enlevée, augmente les phénomènes morbides et révèle ainsi une altération organique profonde qui enlève ordinairement l'espérance qu'on avait de sauver le sujet. Dans l'état actuel de la science, rien ne peut faire prévoir un pareil malheur que le chirurgien doit néanmoins redouter même chez les personnes dont la constitution paraît excellente, et qui n'ont jamais éprouvé la moindre

(1) Gerdy. *Arch. gén. de méd.*, 1840, 3^e série, t. IX.

(2) Clinique chirurgicale de la Pitié. Tumeurs blanches.

incommodité appréciable sur le point où l'autopsie montre des altérations anciennes et souvent profondes. »

Boudet en 1843 (1), s'appuyant sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire, surtout au début, pense qu'on est en droit de pratiquer certaines opérations chez les phthisiques dont l'état général s'améliorera souvent à la suite de la suppression de la lésion périphérique.

Mais la plupart des auteurs de cette époque, Fenwick (2), Textor (3), Baumès (4), Crocq (5), Velpeau (6), Chassaignac (7), sont contraires à l'intervention parce que l'opération manque souvent et que la tuberculose pulmonaire prend quelquefois une marche aiguë à la suite de cette intervention. Cependant Bauchet, dans sa thèse d'agrégation (1857) est d'avis qu'on peut, dans certaines conditions, opérer les tuberculeux : si la tuberculose pulmonaire est consécutive à l'affection périphérique, on a des chances de la voir diminuer et même disparaître si on enlève la cause.

Jusqu'ici nous voyons que les chirurgiens sont en général peu partisans de l'intervention chez les phthisiques, et cela pour deux raisons ; d'abord parce que la phthisie pulmonaire était considérée par la plupart comme une maladie incurable, ensuite parce que la plupart avaient assisté à quelqu'une de ces généralisations ou marches rapides de la tuberculose à la suite d'une opération.

Lorsque, grâce à la méthode de Lister et aux soins que ce chirurgien apprit à prendre à ses collègues, on obtint des succès opératoires inconnus jusque là, on devint plus entreprenant. Mais si la mortalité générale diminua sous cette heureuse influence, on s'attacha davantage à étudier les causes des morts

(1) Boudet. *Sur la curabilité de la phthisie*. (Rev. Méd., 1843).

(2) Arch. gén. de méd., t. XVI, 4^e série, p. 457.

(3) *De la régénération des os après les résections*. (In gaz. méd., 1843, p. 187.

(4) *Précis sur les diathèses*, 1853, p. 340.

(5) Crocq. *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1860, p. 613.

(6) *Mém. sur les tumeurs blanches*. (Arch. gén. méd., 1837).

(7) *Traité de la suppuration*, t. I, p. 521.

et des insuccès encore nombreux. Aussi ces calamités chirurgicales en devinrent-elle plus frappantes ; on reconnut que bien des morts rapides, consécutives à une opération, auraient pu être prévues ou du moins redoutées, si on avait examiné plus attentivement l'état général du malade. C'est à M. Verneuil que revient l'honneur d'avoir particulièrement attiré l'attention sur ces causes d'insuccès opératoires. Il a étudié avec soin l'influence du traumatisme sur les maladies constitutionnelles, et réciproquement, l'influence des états généraux sur la marche des plaies opératoires. Frappé des accidents qu'on observe quelquefois, il est devenu très prudent dans son intervention, et très réservé dans son pronostic. Toutefois il est loin de rejeter l'utilité de certaines opérations chez des individus atteints d'une affection constitutionnelle. « Pour être plus souvent palliatives que curatives, les opérations en question n'en sont pas moins souvent d'une grande utilité ; dans les cas extrêmes elles peuvent prolonger la vie, la rendre moins cruelle et, pour le patient du moins, rouvrir les portes à l'espérance. Dans les cas moins graves, et quand la maladie constitutionnelle peut être fructueusement traitée, l'opération favorise la cure en faisant gagner du temps, en supprimant une cause prochaine de danger et en rendant le champ plus libre à la thérapeutique médicale (1). » En un mot, il est devenu « moins opérateur, et opérateur plus radical.

A côté des nombreux travaux de M. Verneuil, nous ne ferons qu'indiquer quelques thèses publiées par ses élèves :

CLIPET, 1867. Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales.

BAUDOIN, 1873. Accidents consécutifs aux suppurations prolongées.

CADEAU, 1874. Influence des suppurations prolongées sur le développement de la tuberculose pulmonaire.

BERNARD, 1875. Etude sur les résultats opératoires chez les scrofuleux.

(1) Verneuil. *Revue mens.*, 1880, p. 1.

BERGER, 1875 (Th. d'ag.). De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques.

LEROUX, 1880. Des amputations et des résections chez les phthisiques.

COUDRAY, 1884. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose.

Parmi les chirurgiens français qui se sont le plus occupés de cette question, nous citerons M. OLLIER de Lyon dont les beaux succès, pour les résections surtout, tiennent à deux causes : à la perfection de ses procédés opératoires, et à la précocité de son intervention. M. Ollier n'hésite pas à faire la résection articulaire, surtout au membre supérieur, chez un individu présentant, à la suite d'une tumeur blanche, des symptômes de tuberculose pulmonaire, et ses résultats sont encourageants. Il a suivi de ses opérés pendant 10, 15 ans et plus, et a vu la guérison locale persister, en même temps que la santé générale restait excellente. Il insiste beaucoup sur le traitement général que doivent suivre les opérés pendant un temps suffisamment long. Voici quelles sont, pour Ollier, les principales contre-indications :

1° Si l'affection articulaire n'est qu'un effet secondaire tardif de l'infection tuberculeuse qui a déjà envahi le poulmon ou d'autres organes internes.

2° Si le malade est en proie à un état fébrile qui ne s'explique pas par la lésion locale : une granulie s'accomplit ou se prépare.

3° Si la maladie est manifestement héréditaire (contre-indication non absolue).

4° S'il y a d'autres maladies concommittentes (diabète, albuminurie, etc.) (1).

MM. Teissier et Paulet, pour ne pas quitter Lyon, ne sont pas de l'avis d'Ollier, et préfèrent ne pas toucher à une lésion chez un tuberculeux, de peur de donner un coup de fouet à la maladie. MM. Ménière et Bondet, s'appuyant sur la nature

(1) *Des résections et des amp. chez les tuberculeux* (Lyon méd., 27 mai 1883).

parasitaire et infectieuse de la tuberculose, considèrent cette intervention comme parfaitement justifiée (1).

A Paris, en général, on est plus réservé qu'à Lyon. Cependant il est certaines conditions où les chirurgiens n'hésitent pas à opérer. Nous avons vu que M. Verneuil, malgré son extrême prudence, intervient chez les tuberculeux dans certains cas déterminés. M. Trélat est plus hardi : « j'ai dit et je maintiens que, quand on se trouve en présence de tuberculeux à manifestations multiples et anciennes présentant une lésion isolée du domaine de la chirurgie, — je suppose, par exemple, une tumeur blanche du coude, fongueuse, douloureuse, avec mobilité anormale, foyers ramollis, fluctuants, impotence du membre — ou bien vous trouvez ailleurs une lésion, très-peu de chose, quelques craquements dans un sommet, — le sujet est amaigri sans que vous puissiez dire si cela tient plutôt à la lésion périphérique qu'au poumon — vous constatez aussi, par exemple, l'existence sur le cou et sur les membres de cicatrices parfaitement fermées — alors il faut opérer. Du reste, pourquoi non ? Pourquoi laisser cette tumeur blanche continuer à affaiblir le malade par des souffrances plus ou moins vives ?

« Que si l'on vient à dire que le malade est mort quinze jours après l'opération d'une méningite tuberculeuse, ne pouvez-vous pas répondre : *est-ce qu'il n'était pas atteint de tuberculose ?* Osera-t-on soutenir que la résection du coude, en pareil cas, amènera toujours la méningite ? Beaucoup d'opérés, en ce cas, guérissent. Il en est de même pour toutes les opérations chez les tuberculeux. » (2).

Bouilly croit « que la présence constatée et connue de bacilles dans les foyers tuberculeux nous commande d'attaquer vigoureusement ceux-ci, et qu'elle nous impose la nécessité d'avoir recours à des moyens de diérèse et d'exérèse capables de prévenir les auto-inoculations. Je pense donc que l'intervention

(1) *Lyon méd.*, 1884.

(2) *Leçons sur la tub. au point de vue chir.* (*Gaz. des hop.*, 23 décembre 1883 et suiv.).

doit avoir surtout pour but la destruction radicale des lésions par des opérations pratiquées autant que possible dans des tissus sains et en dehors de la zone suspecte, c'est-à-dire avec les principes généraux que nous appliquons au traitement des néoplasmes malins » (1).

Polaillon, Lannelongue, Perrier, Nepveu, professent les mêmes opinions.

La castration, considérée comme peu grave en elle-même (Reclus) (2), est admise par la majorité des chirurgiens, sauf dans les cas in-extremis. Telle est l'opinion de M. Mollière de Lyon (3), de M. Richet (4) qui, ne voyant dans la tuberculose testiculaire qu'une cause de débilitation, la suppriment le plus tôt possible. M. Terrillon est d'avis que « la castration doit toujours être pratiquée, car on connaît de nombreux exemples dans lesquels il y a eu amélioration de l'état général du sujet, et même de l'état local, en particulier du poumon, à la suite de l'ablation du foyer tuberculeux du testicule » (5).

Dans une communication faite à la société de médecine de Nancy, le 15 mars 1881, M. le professeur Heydenreich, s'appuyant sur deux cas d'amputations guéries chez des phthisiques, pense qu'en supprimant la lésion osseuse ou articulaire, cause de la tuberculose pulmonaire, on peut enrayer la marche de l'affection pulmonaire, et même la faire rétrograder. Lors même que l'amélioration ne serait que passagère, on n'en n'aurait pas moins rendu un grand service aux malades.

En Allemagne on semble assez unanime pour rejeter, d'une façon presque absolue, l'intervention opératoire chez les phthisiques. Ces chirurgiens qui sont si audacieux pour certaines opérations, sont d'une prudence extrême quand ils ont à

(1) *Note sur la présence des bacilles dans les lésions chir. tub.* (Rev. de chirurgie, 10 novembre 1883).

(2) Reclus. *Clinique et critique chirurgicale*, p. 511.

(3) *In Thèse Bernay*. Lyon, 1880, p. 20. (*Essai sur les affections qui réclament la castration*).

(4) *In Thèse Mougin*. Paris, 1873. (*De l'épididymite caséeuse*).

(5) Terrillon. *Essai critique sur le traitement de la tuberculisation du testicule* (Bull. de therap., 1882, t. 102, p. 140).

faire à des malades présentant des symptômes pulmonaires. Partisans la plupart de l'intervention précoce dans les affections chroniques tuberculeuses des os et des articulations, ils résèquent volontiers une articulation, alors que chez nous on essaierait encore le traitement conservateur.

Mais quand ces lésions périphériques sont accompagnés de symptômes pectoraux, ils n'ont garde d'y toucher, car, disent-ils, l'insuccès opératoire est fréquent, et la maladie générale ne sera pas enrayée ; elle pourra même recevoir un coup de fouet. Ils ne font exception que pour les petites opérations, tuberculose linguale ou anale, abcès froids, et pour certaines opérations d'urgence, telles que tumeur blanche très-douloureuse, ou ayant produit des délabrements considérables pouvant devenir une cause prochaine de mort, alors que la lésion pulmonaire est encore peu avancée. Dans ces cas, c'est l'amputation qui est de règle.

« S'il existe une affection organique (dit M. Fock) (1), on ne sauvera pas le malade par l'opération. La présence de tubercules dans le poumon, une dégénérescence du foie, des reins, doit toujours éloigner l'idée d'une intervention. Non pas que l'opération devienne elle-même la cause de la mort ; mais celle-ci est produite par l'affection concommittente qui continue à évoluer. Malheureusement cette maladie générale est souvent latente au moment de l'opération, et ne se montre que quelques semaines ou quelques mois après. »

Plus tard, à la suite de succès obtenus par Erichsen, Fock devint moins exclusif. Leisrinck (2), Eulenbourg (3), Bardeleben (4),

(1) Fock. *Archiv. f. Klin. chir.*, 1860, p. 180. Bemerk. u. Befahr. über die Res. im Hüftgelenk.

(2) Beitrag. z. Kenntniss der Knochen u. Gelenkerkr. sp. über die Gelenk res. Unter iodoformgaz verband (*Arch. f. kl. chir.*, 1882, p. 215).

(3) Beitræge zur Stat. u. Würdigung der Hüftgelenk résection bei Caries (*Arch. f. kl. ch.*, 1865, p. 701).

(4) In G. Brand. *Inaug. Diss.* Berlin, 1883. *Die Handgelenkresection.*

Ridder (1), Doutrelepont (2), Vœlkers (3), Esmarch (4), Hueter, Riedinger (5), Rose, Sonnenburg (6), ne pratiquent que rarement une opération chez un phthisique, et, s'ils opèrent, ils préfèrent toujours l'amputation à la résection. Ils considèrent comme une *complication très-délétère* toute fièvre liée à une affection viscérale telle que la tuberculose pulmonaire.

Hugo Senftleben (7), est plus accommodant : témoin de plusieurs cas de guérison rapide après amputation chez des phthisiques, il trouve qu'on n'a pas le droit de priver ces malades des bienfaits de l'opération.

Neumeister, dans une thèse intitulée : *Tuberculose nach operat. Behandlung fungöser Gelenkentzündungen* (Würzburg, 1879), relate 14 observations prises dans le service de Kœnig, dans lesquelles la mort par tuberculose généralisée était survenue rapidement après l'intervention opératoire pour tumeurs blanches. S'appuyant sur ces faits et sur quelques statistiques d'autres auteurs, à la suite de son maître M. Kœnig, il méconseille l'opération lorsqu'il y a des symptômes pulmonaires, non à cause de l'action directe du traumatisme sur la marche des lésions viscérales, mais parce qu'on a peu de chance de voir guérir la plaie opératoire. Pour lui « les dangers de la tuberculisation ultérieure d'un autre organe ou de l'accélération des lésions pulmonaires ne sont guère modifiés par l'ablation d'une articulation tuberculeuse. »

(1) Bidder. *Zur path. et thérapie der fung. Gelenkentz. Berl. kl. Wchschr.* 1879, XVI,

— *Ueber Gelenk resection des Handgelenks* (Arch. f. kl. chir., 1883, p. 822).

(2) Doutrelepont. *Beiträge zur Lehre der Res. des Ellenbogen* (Arch. f. kl. chir., 1864).

(3) Vœlkers. *Beiträge zur Stat. der Amp. u. Resectionen* (Arch. f. kl. ch. 1863, p. 574).

(4) In Otto Benthin. *Inaug. Diss. Kiel, 1880. Ueber Resection des Fussgelenks.*

(5) In Neumeister. *Inaug. Diss. Würzburg. 1879.*

(6) Sonnenburg. *Bedeutung der tuberkel bei der fung. Knochen. u. Gelenkentz* (Arch. f. kl. ch. t. 26, p. 789).

(7) Senftleben. *Beobacht. u. Bemerk. über die Indicationen des Heilungsprocesses u. die Nachbehandlung der Res. grösserer Gelenken* (Arch. f. kl. ch., 1862, p. 77).

Telle est aussi l'opinion d'Albrecht (1) et de son maître Krœnlein, de Zurich. Comparant entre eux les résultats obtenus par le traitement conservateur et l'intervention opératoire dans les affections fongueuses des articulations, il arrive à ce résultat que « *ceux qui doivent mourir* tuberculeux, *mourront*, que vous les traitiez par simple immobilisation, par la résection ou par l'amputation ». Dans l'analyse de ses observations, au nombre de 425, il dit « qu'on a eu soin d'éliminer de l'intervention opératoire tous les malades qui présentaient des symptômes confirmés de tuberculose pulmonaire ».

Billroth agit de la même façon, et croit qu'il faut rejeter toute opération chez un individu présentant du souffle dans les sommets, puisque cette opération serait fatalement mortelle.

En Angleterre, les chirurgiens paraissent bien plus disposés à opérer les tuberculeux. Pajet (2) qui, en même temps que M. Verneuil (1864), avait signalé ces rapports du traumatisme et des affections constitutionnelles, malgré les dangers de l'intervention, n'hésite pas à opérer si la lésion pulmonaire revêt une forme chronique : il a obtenu les plus beaux succès.

Holmes (3) croit qu'on ne doit pas refuser aux phthisiques les bienfaits d'une opération qui, non seulement pourra guérir leur lésion locale, mais encore améliorer leur état général. Il ne méconnaît pas, néanmoins, les dangers de cette intervention.

Th. Bryant (4) pense que, lorsque la tuberculose pulmonaire se développe chez un individu atteint d'une suppuration chronique d'une articulation, il y a indication à enlever celle-ci. D'abord on a bien peu de chance de guérir la maladie locale ; ensuite, celle-ci ayant été le point de départ de l'affection pulmonaire, il faut l'enlever le plus tôt possible, si on ne veut pas être exposé à voir succomber le malade à sa lésion viscérale,

(1) *Ueber den Ausgang der fung. Gelenkentz. u. d. Bedeutung der gelenkresectionen bei solchen.* (D. Zeitschr. f. chir., 1880, 6, p. 589.)

(2) Paget. *Clinique chir.*, p. 39.

(3) Holmes. *Thérap. des mal. chirurg. des enfants*, trad. Larcher.

(4) Bryant. *Suppurat. du genou chez les phthisiques.* *Lancet*, 1881, t. II.

Henri Smith (1) recommande surtout les opérations complètes. Lorsqu'il y a des lésions pulmonaires avancées, l'amputation est donc bien supérieure à la résection qui expose à une longue suppuration, d'où action délétère sur l'organisme tout entier, et surtout sur la lésion pulmonaire.

Mulvany et Randsfort (2), Stokes (3), ont vu souvent des lésions pulmonaires s'arrêter et même rétrograder à la suite de résections articulaires faites dans de bonnes conditions. Ils n'hésitent pas à intervenir dès qu'ils ne remarquent pas de tendance à la guérison spontanée ou qu'il survient une fièvre hectique.

Valter Pye (4), Parker (5) opèrent de bonne heure ; dans les affections chroniques suppurées on a une plaie de mauvaise nature qui suppure beaucoup, affaiblit l'organisme, et a une influence désastreuse sur la maladie générale. Par l'opération, on substitue à cette surface de mauvaise nature une plaie franche qui peut guérir et amener à sa suite une amélioration générale notable.

Isambart et Edmond Owen, P. Gould, Havilland Hall, Valsam (6) sont tous favorables à l'intervention. Si la lésion pulmonaire est peu avancée, la résection peut donner d'excellents résultats. Mais s'il y a de la fièvre avec symptômes respiratoires assez graves, c'est l'amputation qu'il faut toujours pratiquer.

En résumé, nous voyons que la manière d'agir n'est pas la même pour tous les chirurgiens ; chacun a, pour ainsi dire, son opinion à lui, basée sur sa propre expérience. Témoins d'une série de succès ou d'une série de revers, ils sont partisans, les premiers de l'intervention, les seconds de l'abstention. Néanmoins pour les chirurgiens d'un même pays, il existe une com-

(1) H. Smith. *Opérat. pour affections chron. des articulations.* (*Britt. méd. journal*, t. XXVI, août.)

(2) *Lancet*, 1881, t. II, oct. et nov.

(3) Stokes. *Rés. du genou.* (*Britt. méd. journ.*, déc. 1881 et janv. 1882.)

(4) *Lancet*, 1881, t. II.

(5) *Lancet*, janvier 1882, p. 62.

(6) Soc. de méd. de Londres. *Lancet*, 1881, t. II.

munauté d'opinion assez remarquable, dont on se rend compte aisément en parcourant leurs écrits.

En Allemagne la règle semble celle-ci : intervention précoce (arthrotomie, résection, ouverture large et curage des abcès, râclage des os etc.) alors que l'état général est encore bon, et que les lésions articulaires ne sont pas trop avancées pour permettre une guérison rapide, — amputation si les lésions locales sont étendues — abstention et traitement palliatif, s'il y a des symptômes confirmés de tuberculose pulmonaire.

En Angleterre l'intervention est admise dans tous les cas, sauf lorsque la tuberculose revêt une forme aiguë, ou que l'affection périphérique s'est développée chez un phthisique déjà avancé ; dans ce cas, la tumeur est généralement indolente.

En France on tient à peu près le milieu entre ces deux opinions extrêmes. Si la tuberculose pulmonaire est au début, et revêt une forme chronique, si d'autre part la lésion articulaire ne présente aucune tendance à la guérison, l'intervention est admise en général. Pour le membre inférieur, l'amputation doit être de règle ; au membre supérieur la résection donne de meilleurs résultats. Dans tous les cas, le pronostic doit toujours être réservé.

Quant aux petites opérations (fistule à l'anus, tuberculose linguale, abcès tuberculeux, etc.), l'intervention est admise d'une façon unanime, sauf toutefois dans les cas de cachexie prononcée. Et encore, dans cette dernière condition, les opérations d'urgence sont toujours pratiquées comme par exemple : l'amputation d'un membre pour une tumeur blanche très douloureuse.



PREMIÈRE PARTIE

De la tuberculose en général.

CHAPITRE I^{er}.

Nature de la tuberculose.

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, inoculable, à localisations multiples, à marche essentiellement variable. Telle est l'idée la plus générale et la plus complète qu'on puisse se faire aujourd'hui de la nature de cette affection qui, de tout temps, a été une des grandes préoccupations du monde médical, et qui, ces derniers temps surtout, a été l'objet d'un grand nombre de travaux et de recherches.

Cette manière d'envisager la question, nous n'avons nullement l'intention de la discuter ici : elle a été largement démontrée par un grand nombre d'expérimentateurs, et il est peu de cliniciens et d'anatomo-pathologistes qui ne l'admettent.

Or pour qu'une semblable maladie puisse se développer, trois choses sont nécessaires :

- 1° Un principe contagieux ;
- 2° La pénétration de ce principe dans un organisme ;
- 3° Un milieu favorable au développement de ce principe.

1^o PRINCIPE CONTAGIEUX.

C'est à M. Vuillemin que revient l'honneur de s'être mis à la tête du mouvement qui devait bouleverser totalement les idées admises à cette époque sur la nature de la tuberculose. Par des expériences multiples et variées, commencées en mai 1865, il démontra une série de faits qui ont été largement confirmés par les recherches ultérieures : l'inoculabilité, et par suite la contagiosité des produits tuberculeux, l'unité de la tuberculose, la variété de ses manifestations, la différence de réceptivité morbide selon les espèces animales.

La nature contagieuse de la maladie admise, on s'est mis à la recherche de l'élément de contagé. Sous l'influence des idées pastoriennes, on devait, tout naturellement, être amené à mettre en cause un microbe spécial, et c'est à la découverte de ce microbe que se lancèrent une foule de savants. Après bien des recherches, tentées de tous côtés, Koch, de Berlin, parvint enfin à isoler un élément allongé ; c'est le bacille de Koch, dont il donna la première description au mois d'avril 1882. Ce bacille qui se trouve le plus souvent dans les produits tuberculeux a été isolé et cultivé : les bouillons de culture, conduits jusqu'à la 15^e série, conservent au plus haut degré leur pouvoir virulent.

Mais ce bacille ne représente pas la seule forme histologique de l'élément contagieux. Déjà Klebs, en 1877 (1), avait trouvé des amas de granulations mobiles et de petits batonnets dont l'inoculation reproduisait une tuberculose des plus marquées. En 1883 Malassez et Vignal (2), démontrèrent l'existence d'une tuberculose *zooglœique*. Enfin tout récemment, MM. Landouzy et H. Martin (3) ont prouvé, par une série d'expériences, le pouvoir tuberculisant de liquides organiques ou de parcelles de tissus dans lesquelles l'examen le plus attentif n'avait fait découvrir la moindre trace d'un élément spécial. Nous reviendrons plus loin sur ces expériences.

(1) Klebs. *Ueber Tuberculose*. (Prag. med. Wochensch, 1877).

(1) Malassez et Vignal. (*Gaz. hebdomadaire*, mai 1883).

(2) Landouzy et H. Martin. (*Rev. de méd.*, 1884. A paraître).

2° PÉNÉTRATION DU PRINCIPE CONTAGIEUX DANS L'ORGANISME.

On a rangé sous trois chefs différents les principaux modes de contagion de la tuberculose : l'inhalation, l'ingestion, l'inoculation :

1° *Inhalation*. — Dans nos régions, il n'est guère d'individu qui ne se trouve, pendant des périodes plus ou moins longues ou plus ou moins répétées, dans un milieu infecté de particules tuberculeuses. Ce mode de contagion doit donc être très fréquent.

2° *Ingestion*. — La contagiosité de la viande provenant de bêtes mortes phthisiques est admise depuis longtemps tant en France qu'à l'étranger. (Bouley, Toussaint, Galtier, Chauveau, John, Gerlach, Bollinger). (1)

Pour le lait de vaches pommelières on a hésité davantage ; sauf les cas où existait une tuberculose mammaire, ce qui est assez fréquent (Devige, de Bruxelles, Van Hersten) (2), on s'était d'abord refusé à croire à la contagiosité du lait ; aujourd'hui le danger de ce lait est suffisamment démontré par les expériences de Bouley et Galtier en France, et en Allemagne par celles de Klebs, Flemming, Semmer (1875), Pott et Leube (1877), Lochmann (1878), (3) et surtout par les recherches de Lydtin, vétérinaire principal du Grand-Duché-de-Bade. Aussi au dernier congrès international des vétérinaires à Bruxelles (septembre 1883), à la suite d'un mémoire extrêmement intéressant de Lydtin, a-t-on admis à l'unanimité les deux conclusions suivantes :

« Toute viande provenant d'une bête tuberculeuse doit être proscrite de l'alimentation, sauf le cas où l'affection serait localisée et tout à fait à son début.

« Le lait d'animaux atteints ou suspects de phthisie pommelière ne doit servir ni pour la consommation de l'homme, ni pour

(1) *Rec. de méd. vétérinaire*, janvier 1883.

(2) Congrès intern. des vét. à Brux., sept. 1883. *Mémoire sur la phthisie pommelière*, par Lydtin.

(3) Id. Cités par Lydtin.

celle de certains animaux. La vente de ce lait doit être sévèrement interdite. »

3° *Inoculation*. — Les médecins, étudiants, garçons d'amphithéâtre sont exposés à des inoculations directes dans les autopsies ou les dissections de sujets morts phthisiques. Il en est de même des bouchers. Mais à côté de ces cas d'inoculation directe, qui sont rares, il existe d'autres circonstances dans lesquelles la contagion peut se faire de cette façon. On cite un certain nombre de tuberculoses utérines à la suite de rapports avec un individu atteint de tuberculose génitale. Chez les veaux nourris par une vache tuberculeuse, on observe fréquemment une stomatite tuberculeuse que M. Macgillivray (1), attribue à l'inoculation directe du virus à travers des éraillures de l'épithélium de la bouche. Chez les enfants, nous ne connaissons aucun fait de ce genre.

Un autre mode possible de contagion, c'est l'inoculation sur une plaie. Pour les plaies accidentelles ou non tuberculeuses, ce genre d'infection doit être bien rare, si tant est qu'il existe, grâce aux précautions dont on entoure toute plaie, et surtout grâce aux modes de pansement, dont la première qualité recherchée est le pouvoir microbicide. Lorsqu'il s'agit d'opérations pour affections tuberculeuses périphériques, le danger est bien plus grand. On a, dans ces cas, tous les éléments nécessaires à une inoculation : la matière tuberculeuse, et une surface considérable d'absorption. Nous reviendrons plus tard sur cette importante question de l'*auto-inoculation chirurgicale*.

3° MILIEU DANS LEQUEL PÉNÈTRE LE VIRUS TUBERCULEUX.

Si nous jetons un coup d'œil, d'un côté sur les résultats généralement positifs donnés par les différents modes de contagion expérimentale, de l'autre côté sur la certitude que nous avons d'être nous-mêmes exposés à tout instant à la contagion, ne devons-nous pas nous demander comment il se fait que tout le

(1) *Rec. de méd. vét.*, 30 juin 1881. *Stomatite tuberculeuse des veaux*.

monde ne devienne pas tuberculeux ? A cela, il y a surtout deux raisons: 1° le germe tuberculeux, introduit par les voies aériennes ou digestives, n'est pas absorbé ; 2° s'il est absorbé, il ne peut vivre, ou en tous cas, ne peut se développer dans un organisme qui ne présente pas les qualités nécessaires à sa nutrition : le germe reste latent.

1° *Le germe tuberculeux n'est pas absorbé.* — Ce point a été démontré par les expériences de contrôle instituées par Dubuisson, Metzquer, Raynal, Saur. Ces expérimentateurs n'obtinrent souvent aucun résultat positif par l'ingestion de produits tuberculeux : ceux-ci ont donc simplement traversé le tube digestif. D'un autre côté, Chauveau, et après lui Viseur, Aulfrecht, Orth et surtout Toussaint avaient remarqué bien souvent qu'à la suite d'ingestion de produits tuberculeux, les animaux présentaient des lésions tuberculeuses de la partie supérieure du tube digestif, ce qu'ils expliquaient par l'inoculation directe du poison à travers des éraillures de la muqueuse. Les faits de tuberculose localisée à la bouche, sans aucune lésion autre en fournissent encore une preuve : un veau absorbant du lait de vache pommelière et présentant une stomatite tuberculeuse, par exemple, sans lésion intestinale, il faut admettre que l'élément contagieux, contenu dans le lait, n'a pu se fixer sur la muqueuse intestinale, tandis qu'il aura trouvé, dans la bouche, quelque lésion, si petite qu'elle fût, au niveau de laquelle il a pu s'implanter. Colin va plus loin, il rejette absolument la contagion par ingestion. Nous avons vu que la grande majorité des savants l'admettent.

Il en est de même pour le poumon. D'après certains auteurs, l'absorption du virus tuberculeux ne se ferait qu'à condition que la muqueuse du système respiratoire soit préalablement malade. Un certain degré de congestion et même d'inflammation de la muqueuse serait nécessaire pour l'inoculation et surtout pour le développement du principe spécifique. Dans ces conditions, l'épithélium, § proliférant plus ou moins activement, laisserait à nu, par suite de la chute de ses lamelles superficielles, une surface très vasculaire, très vivace, et par consé-

quent très propre à l'absorption. Ce fait nous expliquerait l'influence fâcheuse des bronchites répétées sur le développement de la phthisie pulmonaire, et justifierait en grande partie les idées anciennes sur les causes occasionnelles telles que « toutes les causes nuisibles entraînant à leur suite des hyperhémies, des fluxions pulmonaires, des catarrhes chroniques, les irritations du poumon et de la muqueuse bronchique par un corps étranger, le sang retenu dans les alvéoles et les bronches à la suite d'une pneumorrhagie, etc, » (Niemeyer) (1).

En résumé il semble établi que l'élément contagieux de la tuberculose n'est pas absorbé par des muqueuses saines.

2° *Le germe tuberculeux a été absorbé.* — Comment agit-il ? Ici encore bien moins que pour la syphilis la question ne peut être résolue. Le virus se généralise-t-il d'emblée ? ou bien produit-il d'abord des phénomènes locaux qui deviennent ultérieurement le point de départ de la généralisation ? Les deux opinions ont été soutenues. Quoi-qu'il en soit, et cliniquement parlant, le poison tuberculeux, introduit dans un organisme, peut se conduire de trois façons différentes :

- a) Il peut ne déterminer aucune manifestation ;
- b) Il peut se généraliser rapidement et tuer par granulie aiguë ;
- c) Il produit une affection localisée.

a) Le virus tuberculeux peut rester un temps souvent fort long dans un organisme sans manifester sa présence par quelque localisation. Il y a certainement bien des cas dans lesquels la pénétration du poison a eu lieu sans que jamais il n'y ait eu de lésion. Que deviennent alors les microbes ? S'éliminent-ils peu à peu de façon qu'après un certain temps l'individu soit redevenu absolument indemne ? Ou bien restent-ils dans l'organisme à l'état latent, attendant une occasion favorable pour s'implanter dans un tissu et y proliférer ? [Autant de questions qui ne sont nullement résolues et au sujet desquelles on ne peut faire que des hypothèses.

- b) Les cas de granulie aiguë généralisée, sont malheureuse-

(1) Niemeyer, *Traité de path. interne.*

ment assez fréquents pour qu'il ne soit pas nécessaire de démontrer la diffusion rapide du virus dans l'organisme tout entier. L'autopsie montre tous les organes farcis de granulations miliaires, toutes à la même période. Nulle part on ne trouve de foyer plus ancien ayant pu être le point de départ de la généralisation.

c) Mais ce qu'on observe bien plus fréquemment que la granulie généralisée, c'est la localisation de la tuberculose dans un tissu, dans un organe qui n'est pas toujours celui par où le bacille a pénétré dans l'organisme. Dans les expériences d'inoculation, d'inhalation et d'ingestion, c'est toujours le point ou l'organe le premier contaminé qui présente les lésions les plus anciennes à l'autopsie : elles se sont donc développées les premières.

Mais ici la clinique s'éloigne étrangement de l'expérimentation. Il est probable que, dans la grande majorité des cas, la tuberculose pulmonaire soit consécutive à l'inhalation d'un air portant le germe spécifique, que l'ingestion de viande ou de lait provenant d'animaux phthisiques soit la cause de bien des tuberculoses abdominales, du carreau, par exemple, si fréquent chez les enfants. Mais restent les cas de tuberculose périphérique ou d'organes internes autres qui ne peuvent être soumis à un contact direct (cerveau et méninges). Ici le germe tuberculeux a dû pénétrer dans le sang à travers un organe ou un tissu dans lequel il n'a pas laissé de trace, ce qui, de prime abord, paraît invraisemblable, impossible. Aussi les anciens auteurs, qui admettaient la contagiosité de la phthisie, soutenaient que, chaque fois qu'on trouvait une lésion tuberculeuse périphérique, il existait des tubercules dans les poumons (Louis). Aujourd'hui cette opinion ne peut plus être soutenue.

Ici encore, c'est l'expérimentation qui va nous guider dans l'appréciation des faits. Max Schüller, recherchant la pathogénie des arthrites tuberculeuses, fut amené à faire les expériences suivantes portant sur cinquante animaux divisés en trois séries.

Aux animaux de la première série il fait la trachéotomie, puis leur injecte un liquide contenant des éléments tuberculeux : en

même temps il détermine une contusion de l'articulation fémoro-tibiale. Dès la deuxième ou la troisième semaine, rarement à la quatrième seulement, il obtient des lésions manifestement tuberculeuses de l'articulation contuse. Les tubercules n'apparaissent dans le poumon qu'un peu plus tard, vers le vingtième ou vingt-cinquième jour au plus tôt.

Les animaux de la seconde série, vivant avec les premiers, et ayant aussi une articulation contuse, présentèrent les mêmes phénomènes, mais au bout d'un temps plus ou moins long.

Enfin, dans une troisième série, des animaux séparés des autres, auxquels on avait fait la même contusion articulaire, mais qu'on n'avait pas soumis à l'agent tuberculeux, ne présentèrent que des phénomènes inflammatoires au niveau de l'articulation malade, sans trace de lésion tuberculeuse.

De ces expériences on peut tirer deux conclusions de la plus haute importance : la généralisation rapide du principe infectieux dans tout l'organisme, ensuite la localisation de ce germe sur un point préalablement malade. Dans ces expériences, en effet, c'est par le poumon que se fait l'infection. Or, que voyons-nous se produire ? Avant qu'on ne puisse découvrir dans le poumon les moindres traces de tubercules, déjà des lésions tuberculeuses sont manifestes dans l'articulation lésée. On ne peut donc dire que le virus s'est localisé d'abord dans le poumon où il a été élaboré pour aller ultérieurement infecter l'économie. Il a pénétré dès le début dans le torrent circulatoire, puisque sa première manifestation a porté sur un point éloigné de celui qui lui a servi de porte d'entrée. Si nous supposons qu'au moment où les lésions tuberculeuses se sont développées dans l'articulation, le poumon n'ait pas été en état de réceptivité morbide, on conçoit aisément que la lésion périphérique aurait pu constituer la seule manifestation momentanée de la diathèse. L'animal n'en aurait pas moins été *tuberculeux*, et à la première cause occasionnelle, il aurait présenté une nouvelle localisation. La clinique abonde d'exemples de ce genre. Nous verrons plus loin quelle importance il faut attacher à ce fait lorsqu'il s'agit de juger certains accidents consécutifs à l'intervention opératoire pour affections tuberculeuses.

L'autre point non moins important qui ressort des expériences de Schüller, c'est la localisation du poison sur une articulation contuse. De tout temps on a admis des tumeurs blanches de cause interne ou générale, et lorsque Brodie écrivait que presque toutes les tumeurs blanches des adultes étaient de nature rhumatismale, il ne se trompait que sur la nature de la diathèse. Dans ses leçons cliniques, Lisfranc (1) parlant des tumeurs blanches idiopathiques, dit : « Si ces faits sont incontestables, il faut néanmoins reconnaître que, dans un grand nombre de cas, la violence extérieure n'est qu'une cause déterminante qui fixe sur l'articulation un principe morbide qui existait déjà dans l'économie ».

Ce principe morbide, nous le connaissons aujourd'hui : c'est le bacille ou quelqu'autre forme du microbe tuberculeux. Une fois qu'il a pénétré dans l'organisme, il peut y séjourner un temps plus ou moins long sans manifester sa présence. Mais que, par suite d'un coup, d'une chute, d'un excès de fatigue ou de quelqu'autre cause, un point quelconque du corps (viscères, os, articulations, etc.) vienne à s'enflammer et à se détériorer, le germe tuberculeux, y trouvant les conditions nécessaires à son développement, viendra s'y fixer, et y produire ses ravages. Ces points sont devenus des « loci minoris resistentiæ. (2) »

Nous venons de passer rapidement en revue les divers modes de contagion du virus tuberculeux.

Il nous reste à examiner les conditions générales qui favorisent sa localisation sur un organe ou un tissu, et les causes des variétés multiples, nous dirions presque, individuelles, que présente la marche de cette diathèse. Trouver ces raisons, c'est-à-dire le pourquoi la tuberculose se généralise si rapidement chez certains individus, tandis qu'elle ne se développe pas chez d'autres, qu'elle prend une marche aiguë chez l'un, une marche essentiellement chronique chez l'autre, serait découvrir le

(1) Lisfranc. Loc. cit.

(2) Petit. *De locis minoris resistentiæ*. (Gaz. hebdomadaire, 1873).

point important relatif au traitement de cette terrible maladie. Connaissant d'une part la cause première de l'affection, l'élément parasitaire, de l'autre les conditions favorables ou défavorables à son développement, on pourrait avoir l'espoir de réaliser sur le vivant un de ces états incompatibles avec la vie et la prolifération du microbe tuberculeux. Malheureusement nous n'avons à ce sujet que les notions les plus vagues et les plus incertaines. Tout ce que nous savons, c'est qu'un état parfait de santé, c'est-à-dire un état de compensation régulière entre l'assimilation et la déperdition de l'organisme en général, et de chaque organe en particulier, semble incompatible avec le développement de la tuberculose. Mais que cet organisme vienne à se détériorer, soit dans son ensemble, soit seulement dans une de ses parties, qu'il vienne à perdre de sa vitalité, voilà certes une condition éminemment favorable à l'infection soit générale, soit locale. C'est en amenant cette déchéance organique ou ces états d'inflammation chronique des organes et des tissus, nécessaires à la prolifération du bacille tuberculeux, qu'agissent toutes les causes occasionnelles telles que : un tempérament scrofuleux, une constitution chétive, les inflammations catarrhales répétées, le traumatisme, les maladies débilitantes, (syphilis, impaludisme) l'alcoolisme, la stabulation, les maladies aiguës (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole), etc., etc. Tous ces états prédisposent, non pas tant à l'infection qui peut déjà exister à l'état latent, qu'à la localisation du mal. L'organisme se trouve dans un état de *propathie* (1) ; autrement dit, l'individu est déjà atteint de la diathèse, que celle-ci soit encore à sa *phase dyscrasique*, c'est-à-dire n'ayant pas encore présenté de manifestations morbides, ou qu'elle ait déjà déterminé quelque localisation.

La tuberculose, envisagée de cette façon, laisse bien peu de place à l'idée d'hérédité. La transmission de la diathèse en nature ne se conçoit que par l'immigration directe de l'élément

(1) Verneuil. *Mém. de chirurgie*, t. III. Avertissement.

contagieux du sang maternel au sang fœtal, à travers le placenta, comme cela a lieu pour la bactériémie du charbon symptomatique et le choléra des poules. C'est néanmoins ce que semblent démontrer les expériences toutes récentes de MM. Landouzy et H. Martin (1). Prenant du sang, de la lymphe, des fragments de poumons ou de foie de fœtus morts-nés de mères tuberculeuses, ils inoculent ces matières à des cobayes, et déterminent à coup sûr une tuberculose vraie, se reproduisant en séries. Et cependant tous les organes, examinés avec le plus grand soin, n'ont pas présenté la moindre trace de lésion tuberculeuse. Bien plus, l'examen le plus attentif n'a pas permis de découvrir le moindre élément contagieux, bacille ou spore.

La même expérience répétée sur des fragments de placenta donna des résultats identiques. D'où ils concluent à bon droit que, le fœtus, étant *tuberculisant*, est fatalement *tuberculisé*. L'hérédité directe de la tuberculose semble donc démontrée.

Mais ces expérimentateurs sont allés plus loin ; prenant du sperme de cobayes morts tuberculeux, *les organes génito-urinaires étant intacts*, ils introduisent de ce sperme dans le péritoine d'un autre cobaye qui meurt spontanément le 64^e jour de tuberculose généralisée. La transmission directe par le père est donc possible.

Là s'arrêtent pour le moment ces expériences d'un si haut intérêt, et voici les conclusions qu'en tirent les auteurs : « l'enseignement qui paraîtra devoir se dégager de ces expériences, c'est que la transmissibilité héréditaire tuberculeuse est possible autrement que par le terrain ; c'est que, à côté de l'hérédité du terrain, il y a place pour l'hérédité de la graine. Sans dénier à l'hérédité du terrain l'énorme part qui peut lui revenir dans la genèse de la tuberculose, il faudra désormais compter avec *l'hérédité de la graine*, puisque les résultats positifs obtenus par inoculations de parcelles placentaires et fœtales aussi bien que par inoculations spermatiques ont avec

(1) *Faits clin. et exp. pour servir à l'hist. de l'hér. de la tub.* (Rev. de méd., 1884. A paraître.)

éclat démontré la *qualité tuberculisante* des unes et des autres... »

Malgré ces données nouvelles, si elles sont confirmées, la question de l'hérédité du terrain ne perd nullement de son importance. La grande majorité des adultes qui présentent des antécédents héréditaires tuberculeux, n'ont hérité que de la prédisposition. Conçus par des parents entachés d'une maladie constitutionnelle, ils sont nés dans des conditions de vitalité inférieure qui les exposent sans cesse aux dangers de l'infection.



CHAPITRE II.

Curabilité de la tuberculose.

Dans cette question de la curabilité de la tuberculose, deux points sont à considérer.

- 1° La curabilité des lésions ;
- 2° La curabilité de la diathèse.

§ 1^{er}. CURABILITÉ DES LÉSIONS.

Celle-ci est admise aujourd'hui d'une façon absolue. Pour les lésions chirurgicales, il n'y a jamais eu de contestation, la guérison spontanée des ostéo-arthrites tuberculeuses, des abcès tuberculeux, etc. est très fréquente.

Quant aux lésions pulmonaires, depuis les beaux travaux anatomo-pathologiques de Grancher, de Charcot et de Thaon, et les recherches cliniques de Jaccoud, de Peter, de Rivet, le doute à ce sujet n'est plus permis. La tuberculose pulmonaire est curable, non seulement à sa première période, alors qu'il n'y a qu'une induration tuberculeuse d'un sommet, mais encore à sa seconde et même à sa troisième, alors qu'il y a ramollissement des tubercules, et formation de cavernes. La formation de la caverne est même quelquefois indispensable à la guérison de la lésion (Jaccoud) (1).

Mais cette curabilité a des limites et dépend essentiellement de la *forme anatomo-pathologique* que revêt la maladie comme l'a démontré M. Jaccoud (2). La forme *granuleuse* est celle

(1) Jaccoud, *leçons sur la curabilité et le traitement de la phthisie pulm.*, Paris 1881.

(2) Jaccoud, *loc. cit.*

qui offre le moins de chances de guérison ; elle se rattache aux degrés les plus élevés de la diathèse et est l'expression habituelle de l'innéité ou d'une misère physiologique excessive. Rarement cette forme reste localisée aux poumons seuls ; plus rarement encore elle débute dans un seul poumon. Les deux se prennent à la fois, par poussées successives qui envahissent peu à peu la totalité des organes respiratoires. Dans cette forme, les tubercules, en raison de leur grand nombre, n'ont aucune tendance à s'enkyster ou à devenir fibreux ; ils se ramollissent, s'éliminent, et produisent ainsi une perte de substance qui ne peut être réparée en raison d'une nouvelle poussée qui ne va pas tarder à se faire.

Cette forme, quelquefois, prend une marche suraiguë, se généralise, et tue l'individu dans un temps très court ; c'est ce qui arrive le plus souvent chez les enfants.

Il n'en est plus de même pour la forme *pneumonique* qui, d'habitude, se localise au début et pendant un temps plus ou moins long, en un point limité du poumon, le plus souvent dans un des sommets. Cette forme est généralement *acquise*, c'est à dire se développe sous l'influence d'une détérioration organique acquise, chez des individus auparavant bien portants.

C'est elle qu'on rencontre fréquemment à la suite des affections chroniques suppurées.

Cette forme est particulièrement favorable à la guérison. Quelquefois il suffit de traiter la maladie qui a été le point de départ de l'hypotrophie constitutionnelle pour voir disparaître les lésions pulmonaires, en tous cas les améliorations sont fréquentes, et souvent de longue durée. Ici, en effet, l'affection évoluant avec une grande lenteur, si l'organisme est encore suffisamment puissant, il résistera à un envahissement progressif et finira, soit par se débarrasser des produits morbides existants, soit par les rendre inoffensifs en les enkystant ou en leur faisant subir la transformation fibreuse.

§ 2. CURABILITÉ DE LA DIATHÈSE.

Un individu, débarrassé de sa lésion tuberculeuse locale, pulmonaire ou périphérique, est-il, par le fait même, guéri de sa diathèse? Telle est la question qui domine de haut le pronostic de la maladie, et surtout le pronostic de l'intervention chirurgicale pour les affections tuberculeuses. Cela revient à dire, en d'autres termes : la tuberculose est-elle une maladie locale, ou une maladie générale? Nous avons montré que les expériences concordent pour faire admettre la nature infectieuse et par conséquent la généralisation de la tuberculose. La clinique aussi en fournit des preuves multiples.

En effet, voici ce qui se produit bien souvent : un individu, d'ailleurs bien portant, est atteint d'une lésion tuberculeuse chirurgicale. On enlève cette lésion : l'opéré guérit très bien. Et peu de temps après se déclare une tuberculose pulmonaire qui enlève le patient. Ou bien encore, un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire au début, sous l'influence d'un traitement approprié, voit ses lésions s'arrêter, quelquefois même rétrograder, il semble guéri. Cet état se maintient pendant un temps plus ou moins long, puis une nouvelle poussée apparaît dans les poumons.

Il nous semble évident, dans ces conditions, que le malade n'a jamais été guéri de son affection générale. Sous l'influence du traitement, le virus tuberculeux a été immobilisé pendant quelque temps, ce qui a permis la guérison locale. Mais subitement le parasite a de nouveau trouvé dans l'organisme ou dans un organe des conditions favorables à son développement, il s'y est installé et y a produit des ravages.

Il est vrai que, dans ces cas, on peut invoquer un nouveau contagé, surtout si l'amélioration s'est maintenue pendant longtemps, dix ans, quinze ans, par exemple. En effet, d'un côté les chances de contagion sont si fréquentes ; de l'autre, la durée de la guérison a été si longue, qu'il semble difficile d'admettre une neutralisation du virus si longtemps prolongée. Et cependant, la chose existe pour la syphilis qui a tant de points de

ressemblance avec la tuberculose. L'état actuel de la science ne permet pas de résoudre cette question.

Quoiqu'il en soit, la grande indication consiste toujours à empêcher le microbe spécifique de proliférer, et par le fait d'envahir les organes. Le jour où la nature virulente de la tuberculose a été établie, on devait, tout naturellement chercher un moyen quelconque, un médicament spécifique à opposer au parasite. Un grand nombre de recherches ont été faites dans les laboratoires ; tous les produits microbicides ont été expérimentés, soit mélangés au liquide virulent ensuite introduit dans l'organisme, soit donnés à l'intérieur ou en inhalation après que le contagion a été obtenu. C'est ainsi qu'on a essayé l'iode, l'acide phénique, le permanganate de potassium, l'eau oxygénée, la créosote qui seule semble avoir donné quelques résultats (1). Le plus puissant de tous ces agents est sans conteste le sublimé qui, à la solution de $\frac{1}{10.000}$, immobilise la bactérie.

C'est dans le même ordre d'idées qu'on a essayé les vapeurs souffrées, le chlorure de calcium, l'iodoforme et l'essence d'eucalyptus, l'hélénine, le benzoate de soude, etc., etc. Certains de ces produits semblent avoir quelque action : tels sont l'iodoforme, la créosote, qui agissent non sur la vitalité directe du virus, mais pour la désinfection de l'organe atteint, surtout quand il s'agit du poumon. Les autres n'ont donné aucun résultat clinique positif.

N'ayant donc aucun spécifique à opposer au tubercule, c'est sur l'état général que le médecin doit chercher à agir pour rendre à l'organisme cet état de santé parfaite dans lequel l'évolution du bacille semble ne pouvoir se faire ; d'où on peut espérer l'élimination des colonies existant déjà, si la chose est possible, ou, en tous cas, la neutralisation complète du virus (Brügelmann) (2).

(1) Lajoue, Th. Nancy, 1883.

(2) Brügelmann. *Zur Handlung der Tuberculose*. (Berl. kl. Wochenschr., 1882, XIX, 37.

C'est à une hygiène bien appropriée, à un régime bien dirigé qu'il faut accorder la première place dans le traitement de la tuberculose en général : les autres moyens, tels que les médicaments divers (huile de foie de morue, iodés, résineux, etc., etc.), n'étant que des adjuvants, excellents, il est vrai, mais insuffisants pour amener la guérison définitive. C'est en vue de réaliser ces conditions hygiéniques qu'ont été créées les diverses stations du midi et des montagnes, l'hôpital de Bercq-sur-Mer, qui donnent tant de beaux résultats. C'est aussi pour n'être pas dans ces conditions que la mortalité est si grande parmi les tuberculeux des hôpitaux, qu'on peut, sans crainte sérieuse de se tromper, inscrire le mot *fatal* à l'endroit *pronostic* de la feuille de tout phthisique qui entre dans un service.

En un mot, ce sont l'air pur, l'éloignement d'autres phthisiques, un exercice approprié aux forces d'un chacun, avec un régime alimentaire et hygiénique bien conduit qui doivent être la base de tout traitement anti-tuberculeux, et cela, non seulement pendant un temps limité, nécessaire pour la guérison de la lésion locale, mais encore longtemps après. Guéri de sa lésion, le malade reste encore, pendant un temps que nous ne connaissons pas, sous le coup de sa diathèse qui profitera de la première occasion pour faire de nouveaux ravages. Et même, en admettant l'élimination complète du virus, ce traitement prolongé est nécessaire : l'organisme, par une première manifestation, a fait preuve de réceptivité vis-à-vis du parasite tuberculeux. Qu'il soit remis dans les mêmes conditions que lors de sa première infection, il court beaucoup de chances d'en voir survenir une seconde, les dangers de la contagion étant si fréquents. Grâce à ces précautions seulement on pourra avoir des chances d'obtenir des résultats durables. Et encore, malgré ces soins continus, un bon nombre de tuberculeux succomberont, soit dès la première poussée, soit seulement après deux ou plusieurs manifestations périphériques qui se termineront par une tuberculose pulmonaire ou méningée.

CHAPITRE III.

Diagnostic.

Nous ne voulons insister que sur deux points qui peuvent avoir une certaine importance dans l'interprétation des accidents consécutifs à l'intervention opératoire pour affections tuberculeuses périphériques.

1° *On peut méconnaître des tubercules existants dans les poumons.* — Il arrive quelquefois que, malgré un examen attentif, l'auscultation et la percussion ne révèlent aucune lésion. Et cependant l'individu, mort peu de temps après, présente des tubercules plus ou moins anciens, ou des petites masses caséuses dans les poumons, quelquefois même des tubercules ramollis ou de petites cavernes. Tels sont les faits observés à la suite de mort subite après une trachéotomie. (Obs. 144 et suiv. deuxième série). Ou bien un cas de Duménil (obs. 19, première série) se rapportant à un soldat atteint d'une tumeur blanche du pied, chez lequel on n'avait pas découvert le moindre symptôme pulmonaire. Amputé de la jambe, il meurt de pyhémie, et présente à l'autopsie de petites cavernes aux deux sommets (1).

2° *On peut prendre pour tuberculeux, des symptômes pulmonaires se rapportant à d'autres affections.* — M. Leroux, dans sa thèse, a insisté sur ce point, sans y attacher peut-être assez d'importance. Il cite l'opinion de Velpeau, de Richet, de Baudoin, qui, s'appuyant sur *l'incurabilité* de la phthisie pulmonaire, n'admettent pas comme tuberculeuses des lésions qui disparaissent à la suite d'une opération chirurgicale. Pour eux

(1) Duménil. *Gaz. hebdomadaire*, 1877.

en raison des soins extrêmes dont on entoure les opérés, et surtout des précautions antiseptiques dont les plaies sont l'objet.

b) Infection du malade par inhalation ou par ingestion pendant qu'il est sous l'influence du traumatisme opératoire. Dans toute salle de chirurgie il y a des affections tuberculeuses multiples, souvent même des phthisiques. Rien d'étonnant alors qu'un malade présentant les conditons de réceptivité voulue, soit infecté. D'autre part, les chances de contagé par le lait et la viande sont assez fréquentes pour qu'un semblable mode de propagation de la tuberculose puisse être possible. Du reste les expériences de Schüller sont assez probantes sous ce point de vue : nous avons vu qu'à ses animaux de la deuxième série il se contentait de léser une articulation, et les laissait ensuite vivre avec ceux de la première série qui avaient été inoculés. Tous présentèrent des lésions tuberculeuses de la jointure lésée, et plus tard une tuberculose généralisée.

Mais, ici encore, cette théorie n'est admissible que si la tuberculose phérphérique est réellement une lésion locale.

3° INFECTION GÉNÉRAL PRIMITIVE. — Dans la première partie de ce travail nous avons montré qu'on ne peut s'expliquer une localisation tuberculeuse phérphérique que par une généralisation antérieure du virus : celui-ci, pénétrant par un organe autre que le point sur lequel il s'est localisé, il faut qu'il ait été amené en ce point par l'intermédiaire du sang. Il nous est donc permis de tirer de ce fait la conclusion suivante : *Tout individu, atteint d'une lésion tuberculeuse quelconque, a été, au moins à un moment donné, sous le coup d'une infection générale.* Nous faisons exception, évidemment, pour les cas d'inoculations directes, piqures anatomiques, etc.

Ce virus une fois pénétré dans l'économie que devient-il ? Peut-il rester indéfiniment dans l'organisme à l'état latent ? et dans ce cas sous quelle forme existe-t-il ? Ou bien tous les éléments se portent-ils sur les points malades, et s'éliminent-ils ultérieurement de façon que l'individu redevienne de nouveau indemne ? autant de questions auxquelles nul aujourd'hui ne pourrait avoir la prétention de répondre.

Nous avons vu aussi que certains malades considérés comme n'étant atteints que d'une manifestation unique et bien localisée peuvent déjà être porteurs de lésions plus profondes, ganglionnaires ou viscérales. Le jour où ces lésions, latentes jusque là, deviendront manifestes, on ne pourra pas invoquer une propagation partie de la lésion primitive.

Si donc une lésion tuberculeuse périphérique n'est qu'une manifestation locale d'un état diathésique sous l'influence d'une cause occasionnelle, on conçoit à quoi va se réduire l'influence de l'intervention opératoire sur le développement de la tuberculose pulmonaire ou généralisée. Pour les petites opérations dans lesquelles on n'a ni réaction ni fièvre, cette influence est nulle : s'il survient une nouvelle localisation, ou une tuberculose généralisée, celles-ci doivent être attribuées, non à la suppuration de cette espèce d'exutoire, ou au traumatisme opératoire qui est bien minime, mais à la nature de la maladie qui a produit une nouvelle localisation.

Si la phthisie pulmonaire survient quelques mois après la guérison de la plaie, ce n'est encore pas le trauma qu'on peut incriminer. L'opéré étant toujours sous le coup de sa diathèse reste exposé à toutes les complications du mal. Et si les accidents ne surviennent que quelques années après l'opération, l'individu étant resté très-bien portant depuis, on peut admettre soit une infection nouvelle, soit plutôt la persistance à l'état latent du virus spécifique dans l'économie.

Enfin, si les accidents pulmonaires ou généraux se manifestent peu de temps après l'intervention, on peut admettre deux modes d'action de celle-ci :

a). L'opération est suivie d'une réaction intense, avec fièvre et symptômes généraux dus à quelque complication du côté de la plaie, ces conditions sont extrêmement favorables à la prolifération du virus spécifique. L'opéré meurt rapidement de tuberculose généralisée : ces faits sont fréquents surtout chez les enfants et les jeunes gens. Une perte de sang pendant ou après l'opération, en affaiblissant l'organisme tout entier, peut aussi devenir une cause de tuberculisation.

lade à la figure un peu bouffie, est pris le soir d'un peu de délire. Au bout de quelques jours, il présente tous les symptômes de l'urémie à laquelle il succombe.

Autopsie. Poumons. Adhérences considérables au sommet droit; moindres à gauche.

Au sommet droit, on trouve une induration grise, fibreuse: le tissu pulmonaire semble avoir presque totalement disparu en certains points; des parcelles de ce tissu plongent dans l'eau.

OEdème considérable du reste du poumon, avec un peu de congestion dans le lobe inférieur, *quelques rares tubercules anciens*, les uns crétacés, les autres caséux. Point de tubercules récents.

A gauche, il y a aussi un peu d'induration fibreuse du sommet, mais moins qu'à droite. Le reste du poumon est sain.

Dégénérescence amyloïde des reins, de la rate et du foie.

Carie des apophyses épineuses et des lames des 3°, 4°, 5° et 6° vertèbres cervicales et des 2 premières dorsales.

Chez les jeunes gens anémiques, on rencontre souvent aussi des symptômes suspects dans les sommets, une respiration rude, plus ou moins soufflée; le tout disparaît quelquefois rapidement à la suite du rétablissement de l'état général. Des faits analogues peuvent se produire à la suite d'une anémie consécutive à des suppurations prolongées.

De ces faits, nous ne voulons tirer que les deux conclusions suivantes:

1° Un individu atteint d'une lésion tuberculeuse périphérique peut avoir des tubercules anciens ou récents dans les poumons, sans présenter de signes objectifs ni subjectifs de tuberculose pulmonaire.

2° Un individu atteint d'une lésion tuberculeuse périphérique peut présenter tous les signes, subjectifs et objectifs, d'une phthisie pulmonaire déjà avancée, alors qu'on n'a à faire, en réalité, qu'à une pyhémie chronique ou une dégénérescence amyloïde dont le pronostic est bien plus favorable.

CHAPITRE IV.

De la tuberculose chirurgicale.

Nous avons dit plus haut que la tuberculose est une maladie générale à localisations multiples ; il n'est point d'organe qui ne puisse devenir le siège d'une manifestation tuberculeuse. Cette manière d'envisager la question est toute moderne, et ce n'est que peu à peu que les diverses lésions réputées tuberculeuses sont entrées dans le cadre de cette affection générale.

L'histoire la tuberculose chirurgicale, d'après M. Charvot (1), peut se diviser en quatre périodes :

Première période. Elle comprend tout le temps écoulé avant le commencement de ce siècle : toutes les lésions périphériques, aujourd'hui considérées comme tuberculeuses, étaient de nature scrofuleuse. La tuberculose chirurgicale était inconnue.

Dixième période. C'est Bayle qui, le premier, en 1803, reconnut la nature tuberculeuse des produits caséux de certaines orchites et épididymites. Mais c'est surtout Nélaton (2), qui contribua à l'étude de cette question, profitant, du reste, des travaux antérieurs de Delpech et de Nichet. Comparant ce qui se passe dans les os à ce que Laënnec avait décrit pour le poumon, il admet deux formes de tuberculose osseuse, la forme enkystée et la forme infiltrée. Les travaux de Velpeau (1837),

(1) Pendant que nous rédigeons ce chapitre, a paru l'important mémoire de M. Charvot, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-major au 10^e régiment de hussards, à Nancy, intitulé : *De la tuberculose chirurgicale*. (*Rev. de chirurgie*, 10 mai 1884). Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à cet excellent travail qui nous a servi pour la rédaction de cet article. Nous remercions bien sincèrement M. Charvot de l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition son manuscrit, ainsi que des bons conseils qu'il a bien voulu nous donner.

(2) Nélaton. Thèse, 1836.

de Lisfranc (1841), apportèrent de nouveaux éléments à cette étude. Lisfranc parle d'une façon non équivoque de tubercules des parties molles des articulations : « Il est des cas dans lesquels une matière jaunâtre que renferment de petites loges, se rencontre au milieu des parties molles ; et il n'est pas rare de voir dans l'épaisseur de la tumeur des tubercules tels qu'on en rencontre dans les poumons » (1).

Troisième période. La tuberculose chirurgicale, s'appuyant théoriquement sur la nature de la tuberculose de Laënnec, devait forcément suivre les fluctuations de celle-ci. Aussi quand parurent les travaux de Reinhardt, Virchow, Rindfleisch Bühl, Niemeyer sur la dualité de la phthisie, la tuberculose chirurgicale ne tarda pas à sombrer au profit de l'inflammation simple. Sauf la thèse d'agrégation de Bauchet (1857 : « *Des tubercules au point de vue chirurgical* », rien n'a paru à cette époque. De 1857 à 1865, on ne trouve dans la littérature médicale que quelques observations isolées de tubercules de la mamelle, du tissu cellulaire, des muscles, de l'oreille interne.

Quatrième période. A la suite des remarquables travaux de Vuillemin, la question de la tuberculose chirurgicale entra dans une voie, non pas nouvelle, mais qui avait été abandonnée sous l'influence des idées allemandes sur la nature de la tuberculose. La tuberculose étant *une* et *contagieuse*, on devait trouver un élément caractéristique, toujours identique à lui-même. En 1868, Langhans et Schuppel démontrèrent la présence constante de la cellule géante dans le tubercule ; pour eux, c'était l'élément caractéristique. Mais bientôt Senftleben et Ziegler vinrent montrer qu'on pouvait reproduire artificiellement cet élément dans le tissu cellulaire. Puis vint le tour du follicule tuberculeux qui a été étudié de la façon la plus complète par Køster, Friedländer, Rokitanski, Volkmann en Allemagne, par Grancher, Charcot, Cornil, Kiener, Poulet, Charvot, Polosson en France. Après toutes ces recherches, le procès du follicule tuberculeux semblait gagné, lorsque les

(1) Lisfranc. Loc. cit.

expériences de M. Martin, puis de M. Laulanié vinrent démontrer qu'on pouvait reproduire artificiellement le follicule de Kœster par l'injection de matières irritantes dans le torrent circulatoire; mais ces tubercules artificiels ne possédaient pas le pouvoir virulent du tubercule vrai.

La question de l'élément spécifique de la tuberculose était donc encore une fois pendante, lorsque Koch a fait connaître au monde scientifique les résultats de ses recherches sur le microbe qu'il trouvait, d'une façon à peu près constante, dans tout produit tuberculeux. Aujourd'hui la nature parasitaire de la tuberculose semble établie d'une façon définitive, quoiqu'on ne connaisse pas, d'une façon absolue, les différentes formes sous lesquelles le microbe tuberculeux pénètre dans l'organisme et y fait ses ravages.

Malgré ces changements de théorie sur l'élément spécifique du tubercule, la question de la tuberculose chirurgicale continuait à s'étendre, et à absorber peu à peu un grand nombre de lésions qui, auparavant, étaient considérées comme des inflammations chroniques simples ou de nature scrofuleuse. L'expérimentation, les recherches microscopiques et les études cliniques concordent pour démontrer la nature spécifique d'un grand nombre de lésions.

1° L'*expérimentation* donne, pour les produits des tuberculoses périphériques, les mêmes résultats positifs que pour les phthisies pulmonaires. L'inoculation des produits de suppuration d'un grand nombre d'affections osseuses, articulaires, etc., détermine chez les animaux une tuberculose vraie : mais, en général, ces accidents sont plus bénins au début, et moins rapides que lorsqu'on expérimente sur des tubercules pulmonaires (Schuller, Lannelongue, Kiener, Poulet, Martin, Colas). Koch cultivâ les microbes de ces affections chirurgicales; les inoculations des bouillons de culture donnèrent des résultats positifs.

2° Dans tous ces produits, le *microscope* démontre la présence du bacille (Cornil, Babès', Ollier, Gangolphe, Debove, Bouilly, Koch, Schuckhard, Krause). On trouve, en général, beaucoup moins de microbes sous le champ du microscope que

dans la phthisie pulmonaire, ce qui semblerait indiquer une action virulente plus faible ; ce fait est bien en rapport avec les données expérimentales.

3° Quant à la *marche clinique* des affections chirurgicales réputées tuberculeuses, sauf leur tendance à la destruction des tissus, elles ne peuvent avoir de caractères communs, et cela parce que les symptômes sont subordonnés, non pas tant à la maladie elle-même, qu'à l'organe malade. Ils doivent donc varier avec chaque organe, et, dans chaque organe, avec les différentes périodes de l'évolution de la maladie. Nous n'avons pas à entrer dans les détails de cette description, et nous nous contenterons d'indiquer, d'après M. Charvot, qu'elles sont les affections tuberculeuses qui peuvent réclamer l'intervention chirurgicale.

1° Les *tuberculoses cutanées* encore fort mal connues, parmi lesquelles le lupus tient la première place.

2° Les *tuberculoses des muqueuses* (ulcérations de la bouche, de la langue, du larynx, fistules à l'anus etc.).

3° Les *gommes sous-cutanées* du tissu cellulaire ou inter-musculaire (gommes scrofuleuses, abcès froids sous-cutanés).

4° Les *gommes périostiques tuberculeuses* décrites sous les noms de : *abcès-froids sus-périostiques* (Duplay), *périostite chronique* (Follin), *périostite externe* (Gaujot), *ostéo-périostite suppurée chronique* etc.

5° Les formes variées de l'*ostéite tuberculeuse*, qui renferme la plupart des affections connues jusqu'à ce jour sont la rubrique de *carie*, *nécrose*, *ostéite chronique*, *ostéite scrofuleuse*, etc., et qui déterminent la formation des *abcès ossifluents*, *migrateurs*, *par congestion*, etc.

6° Les *synovites*, *arthrites* ou *ostéo-arthrites* tuberculeuses dans lesquelles rentre la *tumeur blanche* vulgaire ; les *synovites tendineuses à forme fongueuse* sont de même nature.

7° Les *tuberculoses des voies génito-urinaires* chez l'homme (testicules, épидидyme, cordon, prostate, vessie) et chez la femme (utérus, ovaires).

8° Les adénites tuberculeuses (engorgements ganglionnaires, adénites chroniques, suppurées, caséuses, scrofuleuses).

DEUXIÈME PARTIE

Influence de l'intervention opératoire sur le développement de la tuberculose pulmonaire.

On connaît aujourd'hui l'influence du traumatisme accidentel de la poitrine sur le développement de la phthisie pulmonaire. Teissier père (1), Lebert (2), Dénucé, Perroud (3), Roque d'Orcastel (4) en donnent des exemples nombreux et incontestables. Ce dernier cite même un certain nombre de cas dans lesquels la tuberculose pulmonaire s'est développée à la suite d'un traumatisme portant sur un point autre que le thorax. Nous nous sommes déjà expliqués sur la valeur de cette cause étiologique qui agit, non en déterminant une inflammation spéciale phymatogène, mais en mettant l'organe (action directe), ou l'organisme (action indirecte) dans des conditions de réceptivité particulière vis-à-vis du virus tuberculeux. Nous avons vu aussi (page 23) la valeur du traumatisme accidentel dans la détermination d'une lésion périphérique. Quant à l'intervention chirurgicale pour affections non tuberculeuses, les faits sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer des conclusions. Nous n'insistons pas davantage sur ces points, et nous allons étudier les résultats opératoires donnés par l'intervention opératoire chez des individus atteints d'une lésion chirurgicale tuberculeuse, sans localisation pulmonaire.

(1) Teissier. Congrès de Montpellier, 1879, p. 894.

(2) Lebert. In. Teissier, loc. cit.

(3) Perroud. *Tuberculose d'origine traumat.* Congrès de Lille, 1874, p. 950.

(4) Roque d'Orcastel. Th. Paris, 1880. *De la tuberculose d'origine traumatique.*

CHAPITRE I.

Résultats généraux.

Nous donnerons sous forme de tableaux statistiques les cas de mortalité pour tuberculose pulmonaire ou méningée, consécutifs à l'intervention opératoire pour affections tuberculeuses locales. Pour les amputations et les résections, le tableau A se rapporte aux observations que nous reproduisons à la fin du travail, 1^{re} série. Le tableau B a été fait avec des statistiques diverses recueillies dans la littérature médicale (1). Nous résumerons dans un tableau général tous les cas que nous aurons recueillis.

1° AMPUTATIONS.

A. Statistique des observations publiées à la fin du travail. Première série.

OPÉRATION	Morts tub. avant guéris.	Morts après guérison.	TOTAL
Pied.....	1	6	7
Jambe.....	3	1	4
Cuisse.....	3	3	6
Avant-bras.....	3	»	3
Bras.....	1	1	2
Total.....	11	11	22

Sur 22 cas de mort par tuberculose consécutive à des amputations, il y a 11 opérés qui sont morts avant la guérison de la

(1) Voici les travaux dont ces chiffres ont été extraits :
Bouvier. Thèse Paris, 1877. *De l'influence du traumat. et des irritations extérieures dans le développement des productions tuberculeuses.*
Pénières. Th. Paris, 1869. *Des résections du genou.*

plaie opératoire, dans l'espace de quelques jours à 6 mois, même un an. Les 11 autres n'ont succombé que beaucoup plus tard ; leur phthisie ne s'est, en général, déclarée qu'après la guérison locale.

B. *Statistique des auteurs. — Amputations pour athrite chronique fongueuse.*

OPÉRATION	Nombre d'opérés.	Mortalité générale	Mortalité pour tub.	Morts av. guérison	Morts ap. guérison
Pied.....	85	29	13	6	7
Jambe.....	41	12	11	6	5
Cuisse.....	45	15	12	10	2
Avant-bras.....	6	2	2	1	1
Bras.....	8	»	1	1	1
Total....	185	59	39	23	16

Picard. Th. Paris, 1875. *Des résections du genou de cause non traumatique.*

Painetvin. Th. Paris, 1865. *Résection du coude.*

Good. Th. Paris, 1869. *De la résection de l'articulation coxo-fémorale pour carie.*

Folet. Th. Paris, 1867. *Résection du coude.*

Neumeister. *Loc. cit.*

Brand G. Inaug. Diss. Berlin, 1883. *Die Handgelenkresection.*

Albrecht. *Loc. cit.*

Otto Benthin. Inaug. Diss. Kiel, *Fussgelenkresection.*

Lücke. *Arch. de Langb. III. Beiträge zur Lehre der Resectionen.*

König. *Arch. de Langb.*, 1881, p. 822. *Die Frühresection bei tub. Erkrankungen der Gelenkenden, etc.*

Ollier, *Traité de la régénération des os.*

— *Résections et amp. chez les tub. (Lyon méd., 27 mai 1883.*

— *De la résection du coude. (Rev. de chir., sept. 1883.)*

Gangolphe. *De la résection du poignet. (Lyon méd., 1884.)*

Nepveu. *De la résection du poignet. (Congrès de la Rochelle, 1882, séance du 25 août.)*

Leisrinck. *Loc. cit.*

Textor. *De la régénération des os après les résections. (In gaz. méd., 43, p. 187.*

König. *Erfolge der Res. bei tub. Erkrank. der Knochen u. Gelenken unter antisept. Erfahren. (Arch. f. k l. chir., 1867, p. 177.)*

Paquet. Th. Paris, 1867. *Etude sur les tumeurs blanches.*

Eulenburg. Fock, Völkers, Senfleben, Doutrelepont, *loc. cit.*

Leroux. *Loc. cit.*

Bryant, Mulvany, Smith. *Loc. cit.*

Mortalité générale, 59 fois sur 185, 32 0/0.

Mortalité pour tuberculose, 39 fois sur 185, 21 0/0.

Plus de la moitié des individus qui succombent à la suite d'une amputation pour tumeur blanche meurent donc de tuberculose pulmonaire, quelquefois méningée. Et encore le chiffre de la mortalité après guérison de la plaie est trop faible, un grand nombre d'opérés n'ayant pu être suivis un temps suffisamment long.

Notre statistique se rapproche totalement de celle de Neumeister (1) portant sur 125 cas, seule statistique importante que nous ayons trouvée à ce sujet. Voici ses résultats :

Mortalité générale, 31,2 0/0,

Mortalité pour tuberculose, 16 0/0. Mais il a soin d'ajouter que cette dernière proportion est trop faible pour la même raison indiquée plus haut.

Billroth a trouvé que plus de la moitié des individus qui succombent avec des lésions osseuses ou articulaires, meurent phthisiques.

2° RÉSECTION.

A. Statistique des observations, deuxième série.

ARTICULATION	Morts av. guérison.	Morts ap. guérison.	Morts ap. amp. cons.	Total des morts.
Pied.....	8	1	»	9
Genou.....	22	7	2	31
Hanche.....	43	5	»	48
Poignet.....	3	2	3	8
Coude.....	4	2	2	8
Epaule.....	2	4	»	6
Total....	82	21	7	110

Sur 110 cas de mort par tuberculose pulmonaire ou méningée consécutive à des résections articulaires, il y en a donc 82 qui meurent avant la guérison de leur plaie opératoire, 74,5 0/0; tandis qu'après l'amputation, cette proportion n'est que de 50 0/0. Les

(1) Neumeister, Loc. cit.

autres ne meurent qu'un temps plus ou moins long après la guérison.

Sur les 82 morts avant guérison, nous avons :

16	qui succombent le premier mois de phthisie généralisée.
15	— rapidement de méningite tuberculeuse.
41	— dans le cours de la première année.
5	— de 1 à 5 ans.
5	— à date inconnue,

Sur les 21 morts après guérison de la plaie, nous avons :

La première année.	5
De 2 à cinq ans.	6
Après 5 ans	7

Les 3 autres sont morts de méningite tuberculeuse, l'un au bout d'un mois, l'autre de 6, le troisième au bout de 2 ans 1/2.

Quant aux sept qui ont subi une amputation consécutive, 4 sont morts avant la cicatrisation du moignon et 3 après.

B. Statistique des auteurs. — Résections pour arthrites chroniques fongueuses.

ARTICULATION	Nombre d'opérés.	Mortalité générale	Mortalité pour tub.	Morts av. guérison	Morts ap. guérison
Pied.	107	34	22	15	7
Genou.	630	195	45	41	4
Hanche.	368	182	61	55	6
Poignet.	60	9	7	4	3
Coude.	196	42	29	24	5
Epaule.	30	14	8	3	5
Articulations div..	47	14	6	6	»
Total.	1438	490	178	148	30

La mortalité générale après les résections pour arthrite chronique d'une articulation est donc de 490 cas sur 1,438 opérés, 34 0/0.

La mortalité pour phthisie est de 12,5 0/0.

Pour les résections, Neumeister a obtenu des chiffres plus forts que les nôtres. Sur 300 résections il y a 155 morts, 51 0/0,

dont 42 meurent par suite de tuberculose pulmonaire ou méningée, 14 0/0.

Ici encore, le nombre de morts par phthisie après la guérison de leur plaie opératoire est beaucoup trop faible ; un grand nombre de ces opérés auront succombé plus tard à des lésions pulmonaires.

3° ARTHROTOMIE.

Sur 45 cas d'arthrotomie antiseptique pour arthrite chronique, rapportés par notre ami le docteur Nicolas (1), dans sa thèse, 1883, nous trouvons :

3 morts, 6,66 0/0, dont :

2 de phthisie aiguë, 4,44 0/0, avant la guérison locale.

4° ABCÈS FROIDS OSSIFLUENTS.

6 cas de mort rapide par tuberculose généralisée à la suite de l'ouverture de ces abcès avec raclage des parois, et curage de l'os malade. 4 sont morts de tuberculose pulmonaire dans les trois premiers mois, 2 ont succombé à une méningite tuberculeuse.

Sur 71 cas (2) que nous avons pu recueillir dans les auteurs, nous trouvons 11 morts, 15,5 0/0, dont 6 sont morts de tuberculose, 8,5 0/0.

5° CASTRATION. (3)

Sur 11 cas de castration, pour épididymite tuberculeuse, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une généralisation rapide de la tuberculose, ce qui donnerait la proportion de 9 0/0.

(1) A, Nicolas, Thèse de Nancy, 1883. *Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique.*

(2) Brallet, Thèse Nancy, 1883. *Essai sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale.*

Reclus, *Gaz. heb.* 1883. *Traitement des abcès par congestion.*

Augagneur. *Abcès par congestion* (*Gaz. heb.* 1882).

Charvot. *Gaz. heb.* 1882.

(3) Mougin. Th. Paris 1873. *Epididymite caséuse.*

Bernay. Th. Lyon 1880. *Des affections qui réclament la castration.*

Reclus. Th. Paris, 1876, *Tub. génitale.*

6° LUPUS.

La question de la nature tuberculeuse du lupus n'est pas entièrement résolue. Cependant on tend de plus en plus à le considérer comme une tuberculose cutanée. Nous donnons deux observations de M. Besnier (1) dans lesquelles, après la guérison du lupus par des scarifications, la mort est survenue rapidement par tuberculose aigüe généralisée.

7° TUBERCULOSE LINGUALE. (2)

Quatre cas d'excision de tumeurs tuberculeuses de la langue. Les quatre fois, la guérison locale fut rapide ; mais deux des opérés succombèrent bientôt à une tuberculose aigüe.

8° TUBERCULOSE MAMMAIRE. (3)

Sur quatre extirpations du sein pour tuberculose de cet organe, nous avons trouvé 3 guérisons et 1 mort par phthisie rapide, 25 0/0.

9° EXTENSION D'UNE ARTICULATION. COMPRESSION.

Nous rapportons enfin quatre observations dans lesquelles des symptômes de tuberculose généralisée ont éclaté subitement à la suite de l'extension brusque ou de compression élastique, d'une articulation atteinte de tumeur blanche. Ces observations, du reste, ne présentent rien de particulier.

Nous allons résumer, dans un tableau général, les résultats statistiques de ces diverses opérations sous le point de vue de la mortalité pour tuberculose pulmonaire ou méningée.

(1) Quinquaud. Th. d'ag. 1883.

(2) Nedopil. *Arch. f. Kl. Chir.* 1882. *Ueber tub. Geschwüre der Zunge.* Enteneuer. In Reimann. Inaug. diss. Breslau 1880. *Ueber tub. Geschwüre der Zunge.*

(3) Dubar. Th. Paris, 1881. *Tub. de la mamelle.*

Statistique générale.

GENRE D'OPÉRATION	Nombre d'opérés.	Mortalité générale	Mortalité p. tub.	Morts av. guérison	Morts ap. guérison
Amputations	185	59	39	23	16
Résections	1438	490	178	148	30
Arthrotomie.....	45	3	2	2	»
Abces froids.....	71	11	6	5	1
Castration.....	11	1	1	»	1
Lupus	2	2	2	»	2
Tuberculose linguale....	4	2	2	»	2
Tuberculose mammaire.	4	1	1	»	1
Total.....	1760	569	231	178	53

Ce tableau nous donne les résultats suivants :

Mortalité générale, 32,3 0/0.

Mortalité pour tuberculose, 13,12 0/0, ce qui représente la proportion de 40,6 0/0 de la mortalité générale.

La proportion de 13,12 0/0, est probablement bien inférieure à la réalité ; nous avons déjà insisté sur ce point, et dit que beaucoup de ces *opérés guéris* sont morts plus tard dans les services de médecine.

CHAPITRE II.

Des conditions dans lesquelles se développe la tuberculose pulmonaire ou généralisée à la suite de l'intervention opératoire.

Le point capital qu'on ne doit jamais perdre de vue dans l'interprétation des manifestations nouvelles de la tuberculose à la suite d'une opération, c'est la nature même de la maladie pour laquelle on est intervenu. En effet, si on considère une lésion tuberculeuse périphérique comme une affection purement locale, mais pouvant, par suite de la résorption des produits élaborés à son niveau, infecter tout l'organisme, on comprend que, par l'ouverture de ces foyers, quelque petite qu'elle soit, on puisse amener une infection générale. Il s'est produit une auto-inoculation par la plaie, et ces accidents seraient en tout comparables aux accidents infectieux ordinaires ayant une plaie pour point de départ (septicémie, pyhoémie).

Au contraire, si on ne voit dans la lésion chirurgicale qu'une manifestation locale d'une maladie générale, cette inoculation par la plaie perd grandement de son importance, puisque l'organisme tout entier est imprégné du virus, à l'état latent, il est vrai, mais pouvant, à la moindre occasion produire une nouvelle localisation. Et si, à la suite de l'ablation d'une de ces tumeurs, il survient des accidents généraux, on ne peut plus dire que l'infection soit partie de la plaie. Bien plus, on n'est même pas en droit d'affirmer que l'opération a été la cause de cette généralisation. L'individu était tuberculeux, en tout cas en puissance : peut-être même était-il déjà porteur de quelque lésion interne que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de diagnostiquer. Il est mort, parce qu'il était

tuberculeux, et non parce qu'il a été opéré. Non que nous rejetions d'une façon absolue l'influence de l'intervention opératoire sur le développement de la tuberculose pulmonaire ou méningée : nous verrons plus loin comment nous comprenons son mode d'action. Mais, d'après nos statistiques nous pouvons dire dès maintenant qu'on a beaucoup exagéré son importance. Nous mêmes nous avons entrepris ce travail convaincu du rôle important que joue le traumatisme opératoire dans le développement et la marche des lésions pulmonaires. Mais en analysant les nombreuses observations publiées à ce sujet, et surtout en tenant compte de la marche générale de la diathèse, nous sommes arrivés à la conviction que l'influence de l'opération a été bien faible dans la majorité des cas. Cette conviction s'est confirmée surtout lorsque nous avons comparé les résultats opératoires dans les cas de tumeurs blanches et ceux obtenus par le simple traitement conservateur.

Voici une petite statistique à ce sujet, faite d'après le travail d'Albrecht (1) sur le traitement des arthrites chroniques fongueuses.

Traitement conservateur.

ARTICULATION MALADE	Total des malades.	Mortalité générale.	Mortalité p. tubercul.
Pied.....	16	12	7
Genou.....	68	25	12
Hanche.....	53	14	6
Poignet.....	12	3	3
Coude.....	13	4	1
Epaule.....	1	1	1
Total.....	163	59	30

Sur 163 malades atteints de tumeur blanche et traités par immobilisation et révulsion, nous avons 30 cas de mort par tuberculose pulmonaire ou méningée, ce qui représente la proportion de 18,4 0/0 des malades. La mortalité générale est de 69 cas sur 163 = 42 0/0.

(1) Albrecht. loc. cit.

Or, après l'intervention dans les mêmes affections (amputation, résection), nos statistiques nous donnent une mortalité pour tuberculose qui est de 16,65 0/0 : la mortalité générale est de 33 0/0.

La différence est donc peu considérable. Bien plus les observations d'Albrecht nous montrent que, parmi ces malades, il en est qui présentent subitement des symptômes de tuberculose aiguë, et meurent rapidement. Et cependant dans ces cas, il n'y a pas eu de traumatisme ni d'intervention opératoire.

De l'étude de ces faits il nous est donc permis de tirer, dès maintenant, la conclusion suivante : chez les individus atteints d'une lésion tuberculeuse périphérique, qu'il y ait intervention opératoire ou simple immobilisation, on voit survenir quelquefois des symptômes de tuberculose pulmonaire, méningée ou généralisée, et cela *dans des proportions à peu près identiques*.

Cela établi, voyons quelles sont les diverses théories par lesquelles on a cherché à s'expliquer le mode de développement des accidents tuberculeux à la suite de l'intervention chirurgicale. Nous les classons sous trois chefs principaux :

- 1° La théorie de l'auto-inoculation traumatique.
- 2° La théorie de l'infection pendant ou après l'opération.
- 3° La théorie de l'infection générale primitive.

1° AUTO-INOCULATION TRAUMATIQUE. — D'après M. Verneuil (1) l'auto-inoculation traumatique peut se concevoir de deux façons bien différentes :

A) L'individu est infecté d'avance : les bacilles ont pénétré dans l'organisme et n'attendent qu'une occasion favorable pour y faire des ravages. Surviennent alors un traumatisme en un point quelconque du corps, il fait de ce point un lieu de moindre résistance où le virus trouvera les conditions nécessaires à sa prolifération. C'est là, nous l'avons déjà vu, l'étiologie de presque toutes les affections tuberculeuses périphériques (page 23).

(1) Verneuil. De l'auto-inoculation traumatique. (*Revue de chirurgie*, 10 déc. 1883).

B) Il existe un foyer virulent localisé ; celui-ci est soumis à un traumatisme, il y a solution de continuité de quelques vaisseaux capillaires ou lymphatiques ; une absorption se fait à la surface de cette plaie, fut-elle microscopique, et les bacilles peuvent se propager à distance. Ce genre d'auto-inoculation peut se faire, d'après Verneuil, de trois manières :

a) *L'auto-inoculation sur place*, c'est-à-dire le développement de granulations tuberculeuses à la surface ou dans le voisinage d'une plaie superficielle ou interstitielle. M. Verneuil attribue ce mode de propagation à la pénétration directe du virus dans les surfaces saignantes. Mais dans l'appréciation de ces faits il faut tenir grand compte de la possibilité d'une opération insuffisante ; lorsqu'il y a récurrence locale à la suite d'une intervention opératoire pour une affection tuberculeuse, on peut souvent accuser une diérèse incomplète.

b) *L'auto-inoculation par foyers secondaires*, plus ou moins éloignés du foyer principal. On conçoit aisément qu'à la suite d'un foyer tuberculeux un ganglion du voisinage devienne caséeux. Mais si le foyer nouveau n'est pas dans le domaine de la circulation de retour de la région, cette propagation ne se comprend que par l'intermédiaire d'une infection générale.

c) *L'auto-inoculation par infection générale*. Expérimentalement ce genre de propagation est démontrée d'une façon irréfutable. A la suite de l'insertion directe du virus tuberculeux en un point de l'organisme, on trouve rapidement une généralisation de la lésion qui d'abord s'était localisée au point d'inoculation. Ici les symptômes locaux ont précédé les symptômes généraux. Mais en clinique il n'en est plus de même ; nous avons montré (page 24) qu'on ne peut s'expliquer une lésion tuberculeuse périphérique que par l'intermédiaire de l'infection générale. Dans ces cas, la lésion locale n'est qu'un phénomène secondaire ; l'infection peut avoir précédé la localisation de bon nombre d'années. La localisation produite, l'infection persiste, et s'il survient de nouveaux accidents, ce n'est pas la lésion locale qu'il faut incriminer, mais la nature même de la maladie qui, d'emblée, était générale.

Quant au traumatisme, point de départ de l'inoculation, il peut être extrêmement varié ; mais toujours il faut qu'il y ait une solution de continuité de vaisseaux, veines ou lymphatiques. Qu'il y ait section directe de ces vaisseaux par un instrument tranchant, ou simple contusion interstitielle, quelque petite qu'elle puisse être, il y a toujours une rupture vasculaire, et par suite une porte ouverte à l'absorption. Ainsi, par exemple, lorsqu'on étend une articulation atteinte de tumeur blanche, on déchire ou on broie les fongosités ou les tissus de nouvelle formation, d'où ruptures vasculaires. Le traumatisme dans ses cas est en général insignifiant, c'est un *micro-trauma*, un traumatisme *interstitiel*.

Toutes ces considérations, parfaitement exactes lorsqu'il s'agit de résorption septicémique, pyhémique etc., où le poison est élaboré dans la plaie, ne sont guère acceptables pour la tuberculose qui, nous le répétons, est infectieuse d'emblée ; l'économie tout entière est infectée avant que la lésion périphérique ne soit appréciable. Nous comparerions volontiers, sous ce rapport la tuberculose à la syphilis ; l'analogie d'évolution entre ces deux maladies s'accroît de jour en jour davantage. Du jour où l'on devient tuberculeux comme du jour où l'on devient syphilitique, on est exposé aux complications superlatives du mal, et cela pour des raisons qui le plus souvent nous échappent. (1).

2° INFECTION PENDANT OU APRÈS L'OPÉRATION. — Cette variété d'infection, tout en n'étant pas démontrée cliniquement, est cependant très logique. Voici comment on peut comprendre ses principaux modes d'action :

a) Inoculation du virus tuberculeux sur une plaie non spécifique par l'intermédiaire des instruments, pièces à pansement, ou encore par le transport de particules virulentes sur la plaie par l'intermédiaire de l'air, pendant les pansements. Ce genre d'infection doit être bien rare, si tant est qu'il a pu se présenter,

(1) Landouzy. *Comment et pourquoi on devient tuberculeux*. (*Progrès méd.*, 1883, 2 sept. et suiv.)

en raison des soins extrêmes dont on entoure les opérés, et surtout des précautions antiseptiques dont les plaies sont l'objet.

b) Infection du malade par inhalation ou par ingestion pendant qu'il est sous l'influence du traumatisme opératoire. Dans toute salle de chirurgie il y a des affections tuberculeuses multiples, souvent même des phthisiques. Rien d'étonnant alors qu'un malade présentant les conditions de réceptivité voulue, soit infecté. D'autre part, les chances de contagion par le lait et la viande sont assez fréquentes pour qu'un semblable mode de propagation de la tuberculose puisse être possible. Du reste les expériences de Schüller sont assez probantes sous ce point de vue : nous avons vu qu'à ses animaux de la deuxième série il se contentait de léser une articulation, et les laissait ensuite vivre avec ceux de la première série qui avaient été inoculés. Tous présentèrent des lésions tuberculeuses de la jointure lésée, et plus tard une tuberculose généralisée.

Mais, ici encore, cette théorie n'est admissible que si la tuberculose phrénérique est réellement une lésion locale.

3° INFECTION GÉNÉRALE PRIMITIVE. — Dans la première partie de ce travail nous avons montré qu'on ne peut s'expliquer une localisation tuberculeuse phrénérique que par une généralisation antérieure du virus : celui-ci, pénétrant par un organe autre que le point sur lequel il s'est localisé, il faut qu'il ait été amené en ce point par l'intermédiaire du sang. Il nous est donc permis de tirer de ce fait la conclusion suivante : *Tout individu, atteint d'une lésion tuberculeuse quelconque, a été, au moins à un moment donné, sous le coup d'une infection générale.* Nous faisons exception, évidemment, pour les cas d'inoculations directes, piqures anatomiques, etc.

Ce virus une fois pénétré dans l'économie que devient-il ? Peut-il rester indéfiniment dans l'organisme à l'état latent ? et dans ce cas sous quelle forme existe-t-il ? Ou bien tous les éléments se portent-ils sur les points malades, et s'éliminent-ils ultérieurement de façon que l'individu redevenne de nouveau indemne ? autant de questions auxquelles nul aujourd'hui ne pourrait avoir la prétention de répondre.

Nous avons vu aussi que certains malades considérés comme n'étant atteints que d'une manifestation unique et bien localisée peuvent déjà être porteurs de lésions plus profondes, ganglionnaires ou viscérales. Le jour où ces lésions, latentes jusque là, deviendront manifestes, on ne pourra pas invoquer une propagation partie de la lésion primitive.

Si donc une lésion tuberculeuse périphérique n'est qu'une manifestation locale d'un état diathésique sous l'influence d'une cause occasionnelle, on conçoit à quoi va se réduire l'influence de l'intervention opératoire sur le développement de la tuberculose pulmonaire ou généralisée. Pour les petites opérations dans lesquelles on n'a ni réaction ni fièvre, cette influence est nulle : s'il survient une nouvelle localisation, ou une tuberculose généralisée, celles-ci doivent être attribuées, non à la suppuration de cette espèce d'exutoire, ou au traumatisme opératoire qui est bien minime, mais à la nature de la maladie qui a produit une nouvelle localisation.

Si la phthisie pulmonaire survient quelques mois après la guérison de la plaie, ce n'est encore pas le trauma qu'on peut incriminer. L'opéré étant toujours sous le coup de sa diathèse reste exposé à toutes les complications du mal. Et si les accidents ne surviennent que quelques années après l'opération, l'individu étant resté très-bien portant depuis, on peut admettre soit une infection nouvelle, soit plutôt la persistance à l'état latent du virus spécifique dans l'économie.

Enfin, si les accidents pulmonaires ou généraux se manifestent peu de temps après l'intervention, on peut admettre deux modes d'action de celle-ci :

a). L'opération est suivie d'une réaction intense, avec fièvre et symptômes généraux dus à quelque complication du côté de la plaie, ces conditions sont extrêmement favorables à la prolifération du virus spécifique. L'opéré meurt rapidement de tuberculose généralisée : ces faits sont fréquents surtout chez les enfants et les jeunes gens. Une perte de sang pendant ou après l'opération, en affaiblissant l'organisme tout entier, peut aussi devenir une cause de tuberculisation.

b) La plaie opératoire n'a pas de tendance à la guérison, il s'y établit une suppuration profuse. Le malade est obligé de rester alité, il perd l'appétit, son état général s'altère. Or on connaît depuis longtemps l'influence de toutes ces conditions sur le développement de la tuberculose pulmonaire. Ces faits s'observent de préférence chez l'adulte.

De toutes ces considérations il résulte un seul fait bien certain, c'est que nous n'avons que des données vagues sur les conditions de propagation et de prolifération du virus tuberculeux: nous ne pouvons donc avoir que des présomptions sur le mode d'action du traumatisme opératoire sur sa généralisation. Parmi les différentes théories imaginées pour expliquer cette influence, celle de l'infection générale primitive est le plus en rapport avec les idées admises aujourd'hui sur la nature de la tuberculose.

A côté de ces grandes données pathogéniques il nous reste à examiner un certain nombre de conditions spéciales qui ont leur importance dans l'appréciation des faits relatifs à l'influence de l'intervention opératoire sur le développement de la phthisie pulmonaire ou de la tuberculose méningée.

I. AGE DES MALADES.

L'âge des malades a une influence manifeste sur la marche et la localisation de la tuberculose consécutive à une opération. Chez l'adulte, au-dessus de 25 ans, elle prend de préférence une forme chronique, atteint rarement les méninges, et ne tue souvent qu'après la guérison de la plaie. Au contraire dans la jeunesse, de 15 à 25 ans et surtout dans l'enfance, elle se localise souvent vers les méninges, prend presque toujours une marche aiguë. Voici les résultats que nous donnent nos statistiques :

Amputations.

AGE.	Morts avant guérison.	Morts après guérison.	TOTAL.
1 à 15 ans.....	2	»	2
15 à 25 ans.....	2	2	4
Après 25 ans.....	7	9	16
Total.....	11	11	22

Résections.

AGE.	Morts avant guérison.		Morts après guérison.		TOTAL.
	Tuberc. pulm.	Méning. gite.	Tuberc. pulm.	Méning. tuberc.	
1 à 15 ans.....	27	40	4	»	41
14 à 25 ans.....	22	2	9	1	34
Après 25 ans.....	18	1	8	»	27
Total.....	67	43	21	1	102

Pour les amputations, chez les individus au-delà de 25 ans, nous voyons, sur 16 cas, 9 fois la mort survenir après la guérison de la plaie, dont une seule fois la première année, et 8 fois après un temps plus long.

Au-dessous de cet âge, sur 6 amputations, la mort est survenue quatre fois avant la guérison locale, dont une fois par méningite et deux fois après la guérison de la plaie, à 2 mois et à un an.

Pour les résections le fait est encore bien plus frappant. Sur les 41 opérés au-dessous de 15 ans, 37 meurent avant la guérison locale, dont 10 de méningite tuberculeuse : 4 seulement ont succombé après guérison.

Après 15 ans, la plaie a déjà plus souvent le temps de se fermer, la phthisie prenant une marche plus chronique, et la méningite tuberculeuse devient plus rare : nous n'en trouvons que 2 sur 34 opérés de 15-25 ans, et une seule sur 27 opérés au-delà de 25 ans.

II. ANTÉCÉDENTS.

Les antécédents scrofulo-tuberculeux, héréditaires et personnels, ont un grand poids dans le pronostic des affections tuberculeuses qui réclament une intervention chirurgicale. Voici, d'après Albrecht, quelques chiffres à ce sujet : sur 117 malades atteints d'une tumeur blanche d'origine manifestement scrofuleuse, il a trouvé une mortalité générale de 54,7 0/0. Sur 197 autres ne présentant point d'antécédents scrofuleux, la mortalité générale n'a été que de 34,5 0/0. Il y a donc une différence de 20 0/0 dans la mortalité dans l'un et l'autre cas. Cette augmentation de 20 0/0 est due *uniquement* à des accidents tuberculeux plus fréquents chez les premiers que chez les seconds. Et il devait en être ainsi : un individu naissant avec une résistance organique moindre, ou ayant déjà présenté des localisations antérieures de sa diathèse, sous l'influence d'une cause quelquefois insaisissable, est toujours exposé à quelque nouvelle localisation. Ce sont des terrains extrêmement favorables à la culture du bacille tuberculeux.

III. AGE ET MARCHÉ DE LA LÉSION PÉRIPHÉRIQUE.

Ce n'est pas tant l'âge de la lésion que sa marche plus ou moins rapide qui peut faire craindre les dangers d'une généralisation de la tuberculose à la suite de sa destruction. En effet, lorsqu'une lésion tuberculeuse évolue rapidement, c'est une preuve de l'extrême virulence du mal ou d'un terrain éminemment propre à sa prolifération. Dans l'un et l'autre cas, la moindre cause occasionnelle peut déterminer une nouvelle localisation, ou une généralisation. Au contraire, si le processus destructeur et envahisseur est lent, on a beaucoup de chances que l'organisme du malade présentera une certaine résistance à l'envahissement ultérieur d'un autre organe.

De même, on pourra espérer guérir définitivement un malade, encore au début d'une arthrite, par exemple, alors que les délabrements ne sont pas bien considérables, alors surtout que l'état général est encore bon. Comme preuve, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les résultats des résections précoces.

Otto Benthin (1), sur 19 résections précoces partielles du pied, ne cite qu'un cas de mort par phthisie consécutive, la mortalité moyenne pour phthisie dans les résections du pied nous ayant donné la proposition de 20 0/0. Koenig, sur 112 résections précoces du genou, n'a perdu que quatre morts par tuberculose consécutive = 3,5 0/0 ; la mortalité moyenne est de 7 0/0. Enfin, sur les 45 cas d'arthrotomie antiseptique relatés dans la thèse de M. Nicolas, on ne constate que deux morts par tuberculose généralisée = 4,5 0/0.

Donc, plus on interviendra tôt, moins on aura de chance de voir le malade succomber à la généralisation de sa diathèse.

IV. GENRE D'OPÉRATION.

Ce n'est pas tant le genre d'opération que la gravité de la lésion pour laquelle on opère, et surtout les conditions dans lesquelles on pratique l'opération qui en fait la gravité. Pour les lésions articulaires deux variétés d'opérations sont en présence, l'amputation du membre et la résection de l'article : voyons quels résultats nous donnent l'une et l'autre.

Amputations : Mortalité pour tuberculose, 21 0/0.

Résections : — — — 12,5 0/0.

Les résections sont donc suivies d'une mortalité pour phthisie presque moitié moindre que les amputations. Cette différence nous semble facile à expliquer. Aussi longtemps que l'état local n'est pas trop mauvais, et que surtout l'état général est satisfaisant, on préférera toujours la résection à l'amputation ; on ne pratique l'amputation que si l'individu est épuisé par la suppuration, s'il a de la fièvre, si, en un mot, son état général est profondément détérioré. Rien d'étonnant alors qu'un certain nombre de ces opérés deviennent phthisiques. D'autre part, si on veut invoquer l'influence du traumatisme opératoire, il est certes plus grand dans les amputations où l'on blesse les gros troncs nerveux et les gros vaisseaux du membre, tandis que, dans les résections, on ne touche à aucune de ces parties.

(1) Ueber partielle Fuss-Resection. Inaug. Dissert. Kiel, 1881.

Cette différence se maintient pour chaque articulation en particulier mais elle est surtout sensible pour le genou et le coude. Tandis que la tuberculose pulmonaire ne se manifeste que 5 à 7 fois pour cent après la résection de ces articulations, elle monte à la proportion de 22 à 25 0/0, à la suite des amputations de cuisse ou de bras. Pour l'épaule et la hanche on ne peut établir de comparaison, la résection étant infiniment moins grave que la désarticulation.

L'arthrotomie antiseptique donne comme mortalité pour phthisie, la proportion de 4,5 0/0, la mortalité générale étant seulement de 6,7 0/0. Ici les $\frac{2}{3}$ des morts sont donc dues à la phthisie : et cela se comprend aisément. L'opération, en elle-même, est très bénigne, par conséquent peu mortelle. D'autre part il n'y a rien d'étonnant que l'un ou l'autre de ces opérés, ayant présenté une localisation tuberculeuse chirurgicale, soit emporté au bout d'un certain temps par quelque nouvelle manifestation de sa diathèse. En tous cas la mortalité est faible.

Pour les autres observations, castration, ouverture d'abcès, résections partielles, etc.; notre statistique comporte trop peu de cas pour que nous puissions en tirer des conclusions. Néanmoins nous pouvons dire que les dangers de la généralisation sont relativement peu à craindre, sauf toutefois pour la castration et surtout pour la tuberculose linguale. Reclus a montré que la moitié des individus morts avec une tuberculose des organes génitaux ont en même temps des lésions pulmonaires.

Pour la tuberculose linguale, les chances d'une généralisation des lésions tuberculeuses sont nombreuses, non par suite de l'influence exercée par l'extirpation de ces ulcérations, mais parce qu'elles sont, en général, le signe d'une infection profonde, et d'une détérioration considérable de l'économie (Trélat (1), Krœnlein (2), Enteneuer, Reimann (3).

(1) Trélat, loc. cit.

(2) Krœnlein, loc. cit.

(3) Reiman, loc. cit.

V. PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Dans les grandes opérations, amputations et résections, le bistouri seul peut être employé ; tandis que pour les petites opérations, ouvertures d'abcès, curages articulaires ou osseux, etc., on se sert souvent du thermo-cautère, des curettes, quelquefois de caustiques chimiques. Ces derniers ont une action trop incertaine pour pouvoir être conseillés dans la grande majorité des cas. Les curettes ont été accusées d'être quelquefois la cause de récidives locales, soit pour n'avoir pas tout enlevé, soit pour avoir déterminé une inoculation sur place. Les deux modes d'action sont possibles, mais doivent néanmoins être assez rares. Les succès au contraire sont fréquents, témoins les beaux résultats obtenus par les arthrotomies avec curages des portions malades, et le raclage des poches des abcès froids ou par congestion. Enfin, comme procédé de section, c'est le thermo-cautère qui réunit les meilleures conditions pour éviter l'absorption ultérieure, en déterminant la formation d'une eschare à la surface des parties sectionnées, et en tuant les microbes à une distance plus ou moins éloignée du point d'action. C'est de cette façon qu'on peut s'expliquer les succès obtenus par l'ignipuncture dans certaines affections tuberculeuses (orchites, arthrites tuberculeuses).

VI. MODES DE PANSEMENT.

La principale condition à rechercher dans les opérations pour affections chroniques tuberculeuses, c'est la guérison rapide de la plaie opératoire. C'est assez dire que la méthode de Lister doit tenir le premier rang parmi les pansements. Ce n'est pas tant l'action directe de l'acide phénique ou des autres produits antiseptiques sur la vitalité du bacille tuberculeux qui fait le mérite de ce procédé : Ollier, Kœnig, Krœnlein ont démontré que cette action était nulle. Mais en favorisant la réunion par première intention, en tous cas en diminuant d'une façon notable la suppuration et en évitant les complications et les accidents partis de la plaie, il permet à l'opéré de rester dans des conditions générales meilleures, et par conséquent d'offrir une

résistance plus grande à des manifestations nouvelles de son affection générale. De plus, ce pansement, n'ayant besoin d'être renouvelé que rarement, permet d'obtenir une guérison plus rapide en évitant les irritations et les micro-traumas qui entravent toujours plus ou moins la cicatrisation.

Le mode de pansement et le procédé opératoire doivent agir dans le même sens : amener une guérison rapide de l'opéré, et le mettre à l'abri de toute réaction fébrile, et de tout accident avant la plaie pour point de départ.

VII. CONDITIONS EXTRINSÈQUES.

L'ensemble des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les opérés a certainement une influence considérable sur leur destinée ultérieure. Il ne s'agit pas seulement de les débarrasser d'une lésion périphérique, mais surtout d'empêcher leur maladie générale de faire de nouveaux ravages. Ce but ne peut être obtenu qu'en plaçant les malades dans les meilleures conditions possibles d'habitation et d'alimentation. Malheureusement ces conditions sont bien rarement réalisées pour les malades qui viennent se faire soigner dans les services hospitaliers. Qu'ils séjournent à l'hôpital, ou qu'ils retournent dans leurs familles, jamais ils ne trouvent les éléments nécessaires à la reconstitution parfaite de leur organisme. C'est là le secret des insuccès multiples constatés dans les classes pauvres, tandis que les guérisons définitives sont fréquentes dans les classes aisées. Un individu atteint d'une affection tuberculeuse quelconque, est exposé à voir sa maladie produire de nouvelles localisations, non seulement avant la guérison de sa lésion primitive ou de sa plaie opératoire, mais encore longtemps après. Un grand nombre d'opérés dont nous relatons l'histoire, ne sont morts que 10, 15 ans, et même plus, après la guérison locale. Qu'ils aient été depuis ce temps sous le coup d'une diathèse latente, d'une maladie constitutionnelle en puissance, ou qu'ils aient été soumis à un nouveau contagé, c'étaient des candidats à la tuberculose. Prévenus par une première manifestation du danger qui les menace, les personnes fortunées peuvent, par un traitement général approprié, par des précautions pour ainsi

dire continues, se mettre jusqu'à un certain point, à l'abri d'une nouvelle localisation. Mais les pauvres, n'ayant pas ces moyens et continuant à vivre dans des conditions générales souvent déplorables, sont bien plus exposés à des complications ultérieures. Les beaux succès obtenus dans certaines stations, et surtout à l'hôpital de Berck-sur-Mer, sont dus uniquement aux excellentes conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les malades. Un autre fait de même ordre, c'est la mortalité moindre donnée par la résection au membre supérieur qu'au membre inférieur. Dans ce dernier cas, les opérés sont obligés de rester alités pendant un temps quelquefois fort long dans les salles d'hôpitaux où leur état général ne tarde pas à se détériorer. Tandis que, pour le membre supérieur, ils peuvent se lever, se promener, et se trouvent ainsi dans des conditions plus favorables. Aussi à mesure que, grâce aux méthodes nouvelles, on réduit de plus en plus le temps nécessaire à la guérison des plaies opératoires, voit-on diminuer progressivement le chiffre de la mortalité pour tuberculose, surtout dans la série des opérés morts avant la guérison de la plaie. Les beaux succès de M. Ollier de Lyon, et de Kœnig de Göttingue, en font suffisamment foi.

Les questions de climat, d'aération et surtout d'alimentation ont donc une importance énorme sur la destinée ultérieure de ces opérés. Qu'elles agissent en déterminant un nouveau contage, ou en favorisant la localisation du virus existant déjà dans l'économie, leur influence est des plus considérables. Aussi le chirurgien, tout autant que le médecin, doit-il s'en préoccuper au plus haut degré s'il veut obtenir des résultats durables, si, sans se contenter du *succès opératoire*, il veut obtenir un *succès thérapeutique*.

CHAPITRE III.

Indications.

L'étude des indications et des contre-indications de l'intervention dans les affections tuberculeuses chirurgicales ne rentre pas dans notre sujet ; nous serons donc très courts, et nous résumerons sous forme de conclusions les quelques points importants relatifs au développement ultérieur d'une tuberculose pulmonaire ou généralisée.

1° Il faut intervenir le plus tôt possible. En effet, si la lésion locale n'a pas de tendance à la guérison spontanée, elle envahit peu à peu une grande étendue de tissus, et, par le fait même, diminue les chances d'une exérèse complète, d'où risques de récurrence locale, ou, en tous cas, exige une opération d'autant plus grave que les lésions sont plus avancées. D'autre part, elle devient pour le malade une grande cause d'épuisement, et l'expose par conséquent aux dangers d'une phthisie pulmonaire.

2° Il faut faire l'opération aussi radicale que possible, éviter toute perte de sang, et choisir de préférence les opérations et les procédés opératoires qui présentent le plus de garanties à ce sujet.

3° Tâcher d'obtenir une guérison rapide, sans fièvre ni suppuration.

4° Mettre l'opéré dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, non-seulement pendant le temps qu'il met à guérir de son opération, mais encore longtemps après, de façon à reconstituer son organisme tout entier, et le mettre à même de résister à des localisations nouvelles de sa tuberculose dont il est et reste menacé.

TROISIÈME PARTIE

Influence de l'intervention opératoire sur la marche de la tuberculose pulmonaire.

Un phthisique, comme tout autre individu, peut être atteint d'un traumatisme accidentel : celui-ci peut avoir une influence fâcheuse sur la marche des lésions existantes. Tel est le cas d'une observation rapportée par Verchère (Th. 1884). Un phthisique au début se fait une fracture de côte à gauche. Au bout de quelques jours, il se plaint d'un point violent dans le côté droit, et dès le lendemain se déclarent des signes de granulie aiguë qui enlève le blessé. A l'autopsie on trouve une infiltration générale des deux poumons ; à gauche existent quelques petites cavernules tandis qu'à droite il n'y a que des granulations tuberculeuses. Il est impossible, dans ce cas, ajoute Verchère, de nier le coup de fouet donné à la tuberculose par le trauma, et il est impossible d'admettre une inflammation de voisinage consécutive à la fracture de côte : celle-ci siégeait à gauche et la tuberculose à droite.

Ces faits sont assez rares.

CHAPITRE I.

Résultats opératoires.

Comme dans la seconde partie, nous donnons sous forme de tableaux les résultats obtenus chez les phthisiques après l'amputation et la résection. Les observations auxquelles se rapportent ces chiffres sont toutes publiées à la fin, 2^e série.

Le tableau A correspond aux amputations. Le tableau B, aux résections. Dans le tableau général C nous réunissons toutes les observations.

1° AMPUTATIONS.

Tableau A.

AMPUTATION.	Total.	Guér. loc. Amél. gén.	Guér. loc. Mort.	Mort sans guér. loc.	Total des morts.
Pied.....	6	1	3	2	5
Jambe.....	14	7	2	5	7
Cuisse.....	21	8	2	11	13
Avant-bras.....	2	»	»	2	2
Bras.....	5	3	1	1	2
Total.....	48	19	8	21	29

Sur 48 amputations pathologiques chez des sujets phthisiques, nous trouvons 19 fois une guérison locale avec amélioration persistante de l'état gén. al. Soit 40 0/0. Mais sur les 8 opérés morts après la guérison de la plaie, il y en a 4 qui n'ont succombé que de 2 à 4 ans après l'opération : on peut donc affirmer qu'ici aussi il y a eu une influence favorable, ce qui porte la proportion des améliorations à près de 50 0/0.

Les 4 autres décès survenus après la guérison locale sont arrivés de 2 à 8 mois après l'opération.

Sur les 21 morts sans guérison locale, nous trouvons :

12 fois dans le cours du premier mois.

4 fois dans le cours du deuxième mois.

5 fois de 2 à 9 mois.

Total des morts : 29, 60 0/0.

2° RÉSECTIONS.

Tableau B.

BÉSECTION.	Total	Guér. locale. Amél. gén.	Guér. locale. Mort.	Mort avant guér. locale.	Amput. cons.		Total des morts.
					Guér.	Mort.	
Pied.....	4	1	»	3	»	»	3
Genou.....	14	2	1	8	2	1	10
Hanche.....	18	4	1	13	»	»	14
Poignet.....	7	6	»	1	»	»	1
Coude.....	11	5	3	3	»	»	6
Epaule.....	2	1	»	1	»	»	1
Total.....	56	19	5	29	2	1	38

Sur 56 résections pathologiques chez des phthisiques nous avons :

19 fois une guérison locale avec amélioration persistante de l'état général : 34 0/0. En y ajoutant les cas de mort constatée seulement 2 ans et plus après la guérison locale, nous arrivons à la proportion de 40 0/0 d'amélioration notable après les résections articulaires.

Les trois autres décès survenus après la guérison locale sont arrivés dans le cours de la première année.

La mort est survenue 29 fois avant guérison de la plaie opératoire : 51,73 0/0 dont :

13 fois dans le premier mois.

7 fois de 2 à 6 mois.

9 fois de 6 mois à 1 an.

En ajoutant tous les cas de mort nous en trouvons 35, c'est-à-dire 62,5 0/0.

3° ABCÈS TUBERCULEUX OSSIFLUENTS (1).

10 cas d'ouverture d'abcès avec curage de la poche, raclage de l'os malade ou résection partielle de celui-ci.

5 guérisons locales avec amélioration notable de l'état général et pulmonaire : 50 0/0.

5 cas de morts : 50 0/0, survenues, l'une après 4 mois 1/2, l'autre après 10 mois, les 3 dernières après un temps dépassant une année.

4° CASTRATION (2).

5 cas dont 4 fois guérison locale avec amélioration générale.

1 seule fois la mort est survenue rapidement après l'opération.

5° FISTULE A L'ANUS (3).

12 opérations : 4 guérisons rapides. Amélioration générale : 33,33 0/0.

(1) Brallet, Augagneur, Reclus. *Loc. cit.* — Cheyne, *Antiseptic Surgery*, 1882. — Verchère. *Loc. cit.* — Cadeau. Th. Paris, 1874.

(2) Bernay. *Loc. cit.* — Reclus. *Loc. cit.* — Mougin. *Loc. cit.*

(3) Pruniéras. Th. Paris, 1882. — Poingt. id., 1882. — Picot. id., 1883. Hugard. Th. Paris, 1884.

5 guérisons locales. Pas d'influence sensible sur l'état général ou pulmonaire : 41,5 0/0.

1 fois, pas de guérison locale. Pas d'influence sur l'état du poumon.

2 fois seulement, la marche des lésions pulmonaires a été précipitée par l'opération qui ne guérit pas : 16,5 0/0.

6° TUBERCULOSE LINGUALE (1).

Quatre extirpations d'ulcérations tuberculeuses de la langue chez des phthisiques. Trois fois la guérison locale a été rapide ; point d'influence sensible sur la marche des lésions internes : l'un des opérés est mort quatre mois après guérison de la plaie ; les deux autres n'ont succombé qu'assez longtemps après.

Dans le quatrième cas, la mort est survenue très rapidement, et avant la guérison de la plaie.

7° TUBERCULOSE MAMMAIRE (2).

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation relative à l'extirpation du sein tuberculeux chez une femme phthisique : la guérison locale a été rapide, et les lésions pulmonaires n'ont reçu aucun coup de fouet.

8° TRACHÉOTOMIE (3).

Nous avons pu recueillir 12 cas de trachéotomie chez des phthisiques.

2 fois, phthisie au début, guérison locale, disparition des symptômes pulmonaires ;

2 fois, phthisie au début, amélioration de l'état général ;

4 fois, phthisie au second degré, aggravation des symptômes pulmonaires ;

4 fois, mort subite pendant, ou de suite après l'opération.

(1) Kœrte. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* 1876, Bd VI.

Kosinski. *Jharsb. v. Virchow u. Hirsch.* (in Spillman, Th., ag., 1876).

Ranke. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* 1876. Bd VII.

Billroth. *Chirurg. Klinik.*, Vienne 1869 - 1870.

(2) Dubar., Th. Paris, 1881.

(3) Grégoire. Th. Paris, *Contrib. à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux.*

9° ADÉNITE TUBERCULEUSE (1).

Dans la seule observation que nous possédons, l'extirpation de la tumeur ganglionnaire n'a eu aucune influence sur l'état général, ni sur la marche de la tuberculose pulmonaire.

10° EXTENSION (2).

Dans notre dernière observation, l'extension partielle du coude fut suivie d'une marche aiguë de la tuberculose pulmonaire qui, jusque là, avait évolué d'une façon chronique.

C. — *Tableau général.*

GENRE D'OPÉRATION	Total des opé.	Gué. loc. Am. gén.	Gué. loc. Mort.	Mort sans guér. loc.	Total des morts.
Amputations.....	48	19	8	21	29
Réséction.....	56	21	5	30	35
Abces ossifluents.....	10	5	»	5	5
Castration.....	4	3	1	»	1
Fistule à l'anus.....	12	4	5	3	8
Tuberculose linguale.....	4	3	»	1	1
Tuberculose mammaire..	1	1	»	»	»
Trachéotomie.....	12	4	4	4	8
Adénite tuberculeuse....	1	»	1	»	1
Extension.....	1	»	1	»	1
Total.....	149	60	25	64	89

Sur 149 opérations chez des individus atteints à la fois de tuberculose pulmonaire et de quelque autre localisation périphérique de leur diathèse, nous avons donc 60 cas de guérison avec disparition des symptômes pulmonaires, ou amélioration sensible et durable de l'état général et de l'état des poumons : 40 p. 100.

Si nous y ajoutons les opérés qui ne sont morts phthisiques que longtemps après la guérison de la plaie opératoire, 1 an au minimum, nous voyons qu'une amélioration très sensible, souvent définitive, a été observée dans la moitié des cas environs, 75 fois sur 149 opérations : 50 p. 100.

(1) Coudray. Loc. cit.

(2) Priou. Th. Prris, 1878, Essai sur la tuberculisation des synoviales articulaires.

Parmi ceux qui sont morts, un assez grand nombre étaient à la période tertiaire de leurs lésions pulmonaires. Chez d'autres, il n'y a pas eu d'influence sensible, ni en bien, ni en mal ; leur affection thoracique a continué à évoluer d'une façon régulière et progressive. Enfin, chez quelques-uns, le plus petit nombre, il y a eu *réellement accélération notable* des lésions tuberculeuses des poumons à la suite de l'opération.

Mais ici encore il faut tenir compte des complications survenues après l'opération, et qui sont étrangères à la diathèse : tels sont les cas de mort par pyhémie chez des phthisiques ; les lésions pulmonaires, trouvées à l'autopsie, sont insuffisantes pour expliquer la mort, nous en rapportons 8 exemples bien nets.

Enfin, si nous ne considérons que le nombre de phthisiques opérés pour une manifestation périphérique de leur diathèse, quelle que soit l'époque à laquelle ils aient succombé ; nous en trouvons 89 sur 149 opérés, ce qui nous donne la proportion de 68 p. 100.

Nous avons déjà dit que ce nombre est en général trop faible, étant donné qu'on ne peut suivre un temps suffisamment long les malades une fois qu'ils sont sortis du service. En tout cas un certain nombre d'entre eux reviennent, au bout de quelque temps, mourir dans les services de médecine.

CHAPITRE II.

Marche de la tuberculose pulmonaire après les opérations.

Trois choses peuvent se présenter à la suite de l'intervention opératoire chez un phthisique :

1° La plaie guérit bien : il se produit une amélioration rapide de l'état général, et les lésions pulmonaires rétrogradent ou s'arrêtent dans leur évolution ;

2° Il n'y a pas d'influence de l'opération sur la marche de l'affection pulmonaire ; la plaie guérit ou ne guérit pas.

3° La phthisie pulmonaire prend subitement une marche rapide, et enlève l'opéré en peu de temps ; la plaie, généralement, n'a pas le temps de se cicatriser.

1° *Amélioration de l'état du poumon.* — Celle-ci est fréquente, et facile à comprendre. Le malade est atteint à la fois de deux lésions tuberculeuses ; l'affection périphérique, en général, est antérieure à l'affection pulmonaire, et peut avoir été la cause provocatrice de celle-ci, non par auto-inoculation partie de la lésion externe, mais par son action délétère sur l'économie : nous nous sommes suffisamment expliqués sur ce point.

La lésion chirurgicale supprimée, l'organisme est débarrassé d'une cause puissante de débilitation ; et si, à ce moment, les lésions pulmonaires sont encore peu avancées, sous l'influence de bonnes conditions hygiéniques, elles pourront s'arrêter dans leur évolution d'une façon souvent définitive. Mais dans l'appréciation de ces faits il faut tenir compte de l'erreur que nous avons signalée dans notre première partie, et qui consiste à prendre pour tuberculeux des symptômes propres à certaines

autres affections thoraciques qu'on rencontre précisément dans les cas de suppuration chronique. Cette réserve faite, il est sans conteste un grand nombre d'exemples d'amélioration sensible et même de guérison définitive de la tuberculose pulmonaire à la suite de l'ablation d'un foyer périphérique. Notre statistique nous donne une moyenne de 50 % des opérés.

Nous avons déjà indiqué en quoi consistent ces guérisons.

2° *Pas d'influence sensible sur la marche de l'affection pulmonaire.* Il est un grand nombre de cas dans lesquels on ne peut affirmer s'il y a eu une influence quelconque de l'opération sur la marche de la tuberculose pulmonaire. Ce sont tous ceux dans lesquels la phthisie évolue dans le temps moyen par rapport au degré auquel est arrivée la lésion. Ainsi si on opère un phthisique au deuxième degré (ramollissement des tubercules, formation de cavernules) et s'il meurt de trois à cinq mois après, on ne peut dire que l'opération ait précipité l'issue fatale. Il est très difficile d'établir une moyenne à ce sujet ; nous voyons, en médecine, tant de variétés dans la marche de cette maladie, qu'on peut dire que chaque individu fait sa phthisie à soi, différente de celle du voisin, tant par rapport aux symptômes généraux qu'au temps qu'il met à franchir les diverses périodes du mal. Il est donc à peu près impossible d'établir une proportion même approximative.

3° *Aggravation des lésions pulmonaires.* — Les chirurgiens anciens avaient tous pour principe de ne pas toucher à un phthisique : la nature ayant établi chez lui un émonctoire salulaire, ils le respectaient d'une façon absolue, de crainte de voir, sous l'influence de sa suppression, la tuberculose pulmonaire prendre une marche aiguë. M. Leroux admet cette influence ; en comparant les résultats obtenus par l'amputation et la résection, il arrive à la conclusion suivante : l'amputation, opération radicale, tue moins souvent, mais plus rapidement, parce qu'on *supprime d'un coup le foyer de suppuration auquel l'organisme était habitué* ; la résection tue plus sûrement, mais moins rapidement, puisqu'ici la suppuration persiste, *l'exutoire étant simplement modifié, et non supprimé*, continuant à exercer son action délétère sur l'organisme.

Mais comment s'expliquer, avec cette manière de voir, les cas dans lesquels il n'y a pas eu de suppression d'exutoire ? Et ces cas sont assez fréquents : extirpation de petite tumeur tuberculeuse de la langue, mort rapide après extension d'une articulation, traumatisme accidentel chez un phthisique. Bien plus, les auteurs anglais considèrent comme un fait favorable la substitution d'une plaie normale à un foyer de suppuration chronique (Parker, Valter Pye). Dans la majorité des cas, ce n'est pas non plus le traumatisme opératoire qu'on peut invoquer ; souvent, en effet, il est nul, et l'opération n'est suivie d'aucune réaction. D'autres fois, il se produit une amélioration passagère, et quelque temps après seulement l'affection thoracique prend une marche aiguë.

C'est donc dans des considérations d'un ordre plus élevé qu'il faut chercher l'explication de ces faits dont on a, à notre avis, beaucoup exagéré la fréquence. Mais, auparavant, éliminons de ce court aperçu tous les cas de phthisiques cachectiques auxquels on fait une opération d'urgence, et qui, certainement, succomberont dans peu de temps, de même que ceux dans lesquels la mort survient pour une cause autre que les lésions pulmonaires, pyhémie, hémorrhagie, etc. Ici la phthisie, en tant que lésion mortelle, ne peut être mise en cause.

Cela dit, voyons comment les choses se passent d'habitude. Un phthisique, à une période encore peu avancée, est atteint d'une tumeur blanche suppurée, par ex : sans tendance à la guérison spontanée. Son état général laisse à désirer : il a de la fièvre, des sueurs nocturnes. On l'opère : la plaie a, ou non, de la tendance à la guérison. La fièvre persiste après l'opération, augmente même quelque fois, et au bout de peu de temps, l'opéré succombe à une phthisie galopante. Ou bien le malade se trouve dans de bonnes conditions générales au moment de l'opération. Celle-ci n'est suivie d'aucune réaction immédiate. Après quelque temps, survient de la fièvre, l'état général s'altère rapidement, l'affection thoracique prend une marche aiguë, et la mort ne tarde pas à arriver.

Que s'est-il passé dans l'un et l'autre cas ?

a) Dans le premier, la fièvre, antérieure à l'opération, peut tenir, soit à la lésion pulmonaire, soit à la lésion périphérique, soit aux deux à la fois. On a de tout temps considéré comme très important de savoir à quelle cause précise l'attribuer. Si elle est due à l'affection pulmonaire, c'est qu'une poussée aiguë s'accomplit ou se prépare dans cet organe : toute opération, à ce moment, serait suivie presque fatalement d'une mort rapide due, non pas tant à l'intervention, qu'à l'évolution même de la phthisie. Si on n'avait pas opéré, probablement l'issue finale eut été la même. Albrecht, dans son intéressante statistique publiée plusieurs observations de phthisiques atteints d'une lésion articulaire traitée par simple immobilisation, et chez lesquelles la maladie viscérale prit subitement une marche suraiguë.

Si la fièvre et les symptômes généraux dépendent de la lésion articulaire, le danger est moindre. Souvent à la suite de l'opération, ces phénomènes disparaissent. Mais, dans ces cas, il y a indication à intervenir le plus tôt possible. En effet, on connaît depuis longtemps l'influence néfaste d'un état fébrile sur la marche des lésions tuberculeuses. L'exemple de la jeune fille qui fait le sujet de notre observation personnelle, n° 118, 1^{re} série, est frappant : atteinte depuis plus d'un an d'une arthrite chronique indolente et stationnaire du poignet, celle-ci prend tout à coup une marche aiguë sous l'influence d'une fièvre typhoïde.

Pour la tuberculose pulmonaire, les cas de ce genre sont très nombreux. Si donc on laisse subsister cet état fébrile dépendant de l'affection périphérique, rien d'étonnant que, sous cette influence, les lésions pulmonaires s'aggravent rapidement : et si, à ce moment, on opère, on peut être à peu près certain de l'issue fatale. Le coup de fouet a été donné, non par le traumatisme opératoire, mais par les conditions générales antérieures à l'intervention.

Dans les deux cas, cependant, le traumatisme quelque faible qu'il ait été, a pu contribuer à précipiter l'issue fatale ; mais il n'a pas été la cause de cette évolution rapide.

b) Si la fièvre et un état général mauvais ne surviennent que quelque temps après l'opération, ces phénomènes peuvent

aussi être dépendants, soit de la plaie, soit déjà de l'évolution de la phthisie. Dans le premier cas, le malade peut être enlevé par des accidents intercurrents, indépendants de l'affection thoracique (pyhémie, infection purulente etc). Ou bien, sous l'influence de cet état général grave, dû à des complications du côté de la plaie, la phthisie peut recevoir un contre coup fatal. Ici ce n'est encore pas le traumatisme opératoire qui a hâté l'évolution de la tuberculose pulmonaire, mais les complications ayant la plaie pour point de départ.

Restent enfin les cas où, avec des lésions pulmonaires peu graves, avec un état général satisfaisant, sans complications du côté de la plaie, subitement et sans cause appréciable, la tuberculose pulmonaire prend une marche aiguë. Les faits de cet ordre sont incontestables, mais assez rares. Nous ne pouvons malheureusement donner de chiffre exact à ce point de vue : la plupart des observations manquent de détails précis sur les circonstances ultérieures de l'opération, et sur les conditions générales dans lesquelles a évolué la phthisie. Est-ce le choc ou le traumatisme opératoire qui, en ébranlant l'organisme tout entier, a donné un coup de fouet à la maladie générale ? Est-ce la suppression de la lésion périphérique, émonctoire salulaire, qu'il faut incriminer ? Ou bien, ne serait-ce pas quelquefois une simple coïncidence ? Autant de questions qui, aujourd'hui, ne peuvent être résolues, et au sujet desquelles on ne peut avoir que des présomptions.

Comme plus haut, nous allons examiner certaines conditions particulières qui peuvent avoir quelque influence sur le sort ultérieur des opérés.

I. AGE DES MALADES.

Ici l'âge ne joue pas un rôle aussi important que lorsqu'il s'agit d'individus non encore tuberculeux des poumons. Chez les enfants, la phthisie prend généralement une marche rapide, et toute opération est contre-indiquée dans ce cas. Si la marche est plus chronique, ce sera presque toujours la résection qu'on préférera. Les quatre enfants de 3, 5 et 7 ans, amputés de la cuisse sont morts le 10^e et le 11^e jour. Le dernier, seul, a vécu

la plaie, sont beaucoup trop faibles : il est probable qu'un bon nombre des opérés portés comme guéris, sont morts plus tard par suite d'une nouvelle poussée tuberculeuse dans les poumons.

Si nous comparons les résultats obtenus au membre supérieur et au membre inférieur, nous trouvons :

Membre supérieur	{	Amputations. Morts : 57 0/0.
		Résections 40 0/0.
Membre inférieur	{	Amputations. Morts : 57 0/0.
		Résections. 40 0/0.

Au membre supérieur, la mortalité est donc moindre qu'au membre inférieur pour les deux espèces d'opérations. Mais tandis qu'au membre supérieur la mortalité, après les amputations, est supérieure de 17 0/0 à celle après les résections, le contraire existe pour le membre inférieur où les amputations donnent une différence en moins de 15 0/0 sur les résections. La raison en est plausible. Au membre inférieur, les opérations, en général, sont plus graves qu'au membre supérieur : dans l'amputation et la résection le malade est obligé de garder le lit, condition défavorable à l'état de l'opéré. D'autre part, après une résection au membre inférieur, le malade est souvent condamné à une suppuration prolongée et au repos absolu pendant un temps assez long, tandis que la plaie d'amputation peut guérir dans un temps relativement court. Aussi les amputations donnent-elles de meilleurs résultats définitifs.

On a aussi accusé les amputations de *tuer* plus rapidement que les résections : la statistique confirme cette opinion. Sur 21 cas de mort consécutive aux amputations, il y en a 12, c'est-à-dire 57 0/0 survenus dans le cours du premier mois ; pour les résections, il n'y en a que 13 sur 29 : 45 0/0. Cette différence de 12 0/0 tient simplement au fait énoncé plus haut, que les amputations sont pratiquées dans de plus mauvaises conditions locales et générales que les résections : rien d'étonnant alors si l'opéré succombe plus rapidement.

Au membre supérieur, les conditions sont autres : amputé ou réséqué, le malade peut se promener, sortir, et se trouve dans

un milieu moins délétère : la plaie opératoire guérit assez vite ; aussi la mortalité est-elle plus faible qu'au membre inférieur. D'un autre côté, si l'état local et l'état général ne sont pas trop mauvais, on tente de préférence la résection : aussi n'y a-t-il rien d'étonnant si les amputations, presque toujours faites dans de mauvaises conditions, donnent une mortalité plus grande que les résections.

Les autres opérations ont, en général, une influence assez favorable sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire : cette influence s'est montrée 4 fois sur 5 après la castration, 10 fois sur 12 après l'opération de la fistule à l'anus, 3 fois sur 4 après l'extirpation d'ulcérations tuberculeuses de la langue. Nous voyons donc que cette opération de la fistule anale, si redoutée par les anciens chirurgiens, donne les meilleurs résultats. L'opération ne présente aucune gravité, la plaie guérit bien, et l'état général ne peut que profiter de la suppression de ce foyer de suppuration.

Quant à la trachéotomie, c'est toujours une opération d'urgence qui expose surtout le malade à des dangers immédiats. Elle ne peut guère avoir d'influence sur la marche ultérieure des lésions pulmonaires.

V. CONDITIONS EXTRINSÈQUES.

Ici, bien plus encore que chez les individus qui ne présentent pas encore de symptômes de tuberculose pulmonaire, les conditions générales dans lesquelles se trouve l'opéré ont une influence des plus considérables sur sa destinée ultérieure. Souvent, lorsque les lésions pulmonaires ne sont pas trop avancées, la guérison locale se fait sans encombre, et une amélioration sensible de l'état général en est la conséquence immédiate. Sous l'influence de cette amélioration générale, les lésions pulmonaires s'arrêtent, rétrogradent quelquefois, et l'opéré, quitte le service dans d'excellentes conditions. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, l'affection pulmonaire reprend son cours, et le malade meurt phthisique. Si, après sa sortie de l'hôpital, il avait pu se procurer tous les soins qu'exigeait son état, s'il avait pu se mettre dans les conditions voulues pour enrayer la marche

de ses lésions pulmonaires, il est probable qu'il aurait vécu encore longtemps. La suppression de la lésion périphérique a surtout pour but de permettre le rétablissement de l'état général, qui lui-même réagira d'une façon bienfaisante sur la lésion pulmonaire : et celle-ci, sous l'influence d'un traitement général approprié, pourra alors s'arrêter dans son évolution pendant un temps plus ou moins long, quelquefois d'une façon définitive. Car nous savons que tout individu qui a présenté une localisation quelconque de la tuberculose, et surtout une manifestation pulmonaire, est exposé à des récives sous l'action de certains états locaux ou généraux sur lesquels nous avons suffisamment insisté dans notre première partie.

CHAPITRE III.

Indications et contre-indications.

Si nous jetons un coup d'œil sur les résultats généraux de l'intervention chez les phthisiques, nous trouvons que, dans la moitié des cas, il y a eu guérison régulière de la plaie, avec amélioration sensible de l'état général et de l'affection pulmonaire. Dans une série d'autres cas, l'opération a été indifférente à la marche ultérieure de la lésion thoracique. Ces résultats sont encourageants, à condition qu'on ne perde pas de vue la nature de la maladie générale pour laquelle on intervient. Ce sont tous des individus atteints d'une affection viscérale très grave, le plus souvent mortelle : un grand nombre d'entre eux sont condamnés, quoi que nous fassions, à une mort certaine. Ce n'est certes pas l'opération qui peut être mise en cause : les opérés sont morts parce qu'ils étaient tuberculeux, et ne les eut-on pas touchés, ils auraient tout aussi bien succombé, et probablement plus tôt. Atteints d'une double cause d'épuisement, la lésion périphérique et la lésion viscérale, ils n'auraient pas tardé à tomber dans le marasme. Grâce à la suppression de la lésion chirurgicale, une amélioration sensible s'est produite dans l'état général : et celui-ci, réagissant sur la lésion pulmonaire, l'a arrêtée dans son évolution, souvent d'une façon temporaire, quelquefois définitivement. Dans tous ces cas, l'opération a eu une utilité incontestable.

Malheureusement l'intervention est suivie quelquefois d'une aggravation notable des symptômes pulmonaires ; et c'est, pour avoir assisté à quelques unes de ces calamités chirurgicales, que certains opérateurs considèrent comme une contre indication absolue à l'intervention, l'existence de symptômes de tuber-

culose pulmonaire. Cette crainte est exagérée. Voici quelles sont les principales contre indications tirées de la maladie générale, et de l'affection thoracique.

1° Si la phthisie revêt une forme granuleuse ; celle-ci envahit souvent les deux poumons à la fois, présente une marche rapide et n'a aucune tendance à la guérison. Elle est toujours rapidement mortelle. Une opération quelconque ne pourrait que hâter l'issue fatale.

2° Il en est de même si le malade, avec des lésions pulmonaires peu avancées et même localisées, est sous le coup d'un état fébrile qui ne s'explique pas par la lésion locale : une granulie s'accomplit ou se prépare (Ollier).

3° Si la lésion périphérique n'est qu'un effet tardif, secondaire de l'infection tuberculeuse qui a déjà envahi les poumons ou d'autres organes.

4° Si les lésions pulmonaires sont très avancées. Ici cependant, il y a une exception sur laquelle tout le monde est d'accord ; ce sont les opérations de soulagement faites chez des phthisiques au troisième degré atteints d'une tumeur blanche douloureuse. C'est l'amputation qu'on pratique de préférence dans ces cas.

5° S'il y a d'autres maladies concomittentes (diabète, albuminurie) (Ollier).

Quant aux antécédents, héréditaires ou personnels, tout en rendant le pronostic moins favorable, ils ne contr'indiquent pas l'opération d'une façon absolue.

Ces conditions écartées, l'intervention opératoire chez les phthisiques doit être la règle, dès que la lésion périphérique ne manifeste aucune tendance à la guérison spontanée. Plus on tardera, plus la lésion locale s'étendra, plus l'affection pulmonaire s'aggravera, et moins on aura de chances d'obtenir un succès opératoire qui est la condition essentielle du succès thérapeutique. Aussi une indication de la plus haute importance, c'est de faire l'opération aussi radicale que possible, de façon à obtenir une guérison prompte et à éviter une récurrence locale.

S'il s'agit de tumeurs blanches articulaires, deux opérations

sont en présence : la résection de l'article et l'amputation du membre au-dessus. D'une façon générale, l'amputation est indiquée chaque fois que les lésions locales sont très étendues ; bien mieux que la résection, elle enlève tout le foyer infectieux.

Au membre inférieur, l'amputation doit être préférée à la résection : celle-ci, condamnant le malade à un repos forcé et parfois à une suppuration prolongée, peut devenir une cause d'épuisement ; l'amputation, amenant une guérison locale bien plus rapide, n'expose pas aux mêmes inconvénients. Pour le pied, cette règle doit être absolue. Pour le genou, toutefois, les résections ont donné de bons résultats, mais à condition que les lésions n'aient pas envahi une grande étendue de tissus. Quant à la hanche, la résection est infiniment moins grave que la désarticulation qui n'a jamais été tentée dans ces cas. Nous dirons la même chose de l'épaule.

Au membre supérieur, les résections sont de très bonnes opérations. Sauf les cas de lésions articulaires très étendues, la résection doit toujours être préférée à l'amputation, non parce qu'elle donne de meilleurs résultats sous le point de vue de l'évolution ultérieure de la phthisie, mais parce que, présentant d'aussi bonnes conditions de guérison, elle a l'avantage de conserver le membre. Pour le poignet, toutefois, si les lésions étaient trop étendues, l'amputation devrait être pratiquée, la résection condamnant l'opéré à une trop longue suppuration.

Si la phthisie pulmonaire est consécutive à une tuberculose de l'épididyme ou du testicule, la castration est indiquée, sauf les cas où il existerait des lésions graves au-dessus (vésicules seminales, prostate). Ne pouvant alors enlever tout le mal, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention qui aggraverait, non peut être l'affection pulmonaire, mais la lésion des organes genito-urinaires située plus haut.

Pour la fistule à l'anus, sauf dans les cas extrêmes, on peut l'opérer sans crainte sérieuse d'une réaction désastreuse sur la lésion thoracique. On doit choisir de préférence les procédés opératoires non sanglants, thermocautère, et ligature élastique. L'état général restera indifférent à l'opération : malheureuse-

ment la guérison est souvent fort difficile, quelquefois même impossible à obtenir.

S'il existe des ulcérations tuberculeuses de la langue, antérieures ou postérieures à l'affection pulmonaire, l'extirpation doit en être faite le plutôt possible : la lésion est parfois très douloureuse ; elle gêne et empêche quelquefois la déglutition et par suite la nutrition du malade. Il y a donc indication absolue à la détruire, et ici le bistouri donne les meilleurs résultats. Mais cette opération, plus que les autres, n'est que palliative, car nous savons que la tuberculose linguale est, en général, l'indice d'une détérioration profonde de l'organisme.

Quant à la trachéotomie, c'est toujours une opération d'urgence dont les indications sont tirées, non de l'état général ou pulmonaire, mais des symptômes laryngés.

Quelle que soit l'opération qu'il entreprenne chez un phthisique, le chirurgien ne doit jamais oublier que le succès opératoire le plus beau est en général insuffisant pour enrayer d'une façon définitive la marche de la lésion pulmonaire et pour obtenir une guérison complète de la diathèse. Avant d'intervenir, il doit chercher, par un traitement approprié, à mettre l'état général dans les meilleures conditions possibles : et, la guérison locale obtenue, le malade doit redoubler de précautions, s'il ne veut pas perdre les bénéfices de l'opération. Car la maladie générale n'est pas éteinte : elle sommeille seulement, et à la moindre occasion elle se réveillera et manifestera son existence par de nouvelles poussées.

En agissant de cette façon, on aura la satisfaction de constater non-seulement des *succès opératoires*, mais encore des *succès thérapeutiques*, temporaires, il est vrai, dans beaucoup de cas, mais qui n'en sont pas moins des succès considérables, étant donné la gravité de la maladie et les insuccès certains de tous les autres modes de traitement.

OBSERVATIONS

Première Série

INDIVIDUS NON TUBERCULEUX DES POUMONS

Amputations.

Pied. **1.** (Service de M. Gross). Petitjean (Joseph), 36 ans, gantier. Entré à St-Léon (service de M. Gross) le 25 juillet 1878. De bonne constitution, sans antécédents morbides héréditaires ou personnels. Pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Au mois de janvier 1877, il fut pris au niveau du cou-de-pied droit de douleurs et de gonflement qui l'empêchèrent de marcher ; presque en même temps, la région du premier métatarsien du même côté se gonfla, devint douloureuse ; il s'y forma un abcès qui fut incisé, et au bout de quelque temps, tous ces symptômes inflammatoires ayant disparu, le malade put de nouveau marcher.

Au mois de décembre 1877, le gonflement reparut au niveau du premier métatarsien, et, au mois de février 1878, la cicatrice d'incision de l'ancien abcès se rouvrit, et forma un trajet fistuleux laissant couler un peu de pus. Depuis ce moment le malade en marchant, ne peut s'appuyer sur le bord de son pied gauche. Toute la région est gonflée, surtout au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. La peau est rouge, violacée, percée dans le premier espace intermétatarsien de deux fistules conduisant sur la tête du premier métatarsien qui est dénudée. Douleurs vives à la pression : les mouvements communiqués de l'articulation métatarso-phalangienne sont douloureux et accompagnés de bruits de frottement rude. Les os et les articulations voisines, celle de la première phalange avec la seconde, et celle du métatarsien avec le premier cunéiforme sont intacts. L'articulation tibio-tarsienne ne présente rien d'anormal.

L'état général est bon. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée ; n'a jamais eu d'hémoptysie. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien de particulier, ni au poumon ni au cœur. Pas de fièvre, appétit satisfaisant. Selles régulières. Sommeil tranquille.

Traitement local (repos, immobilisation, pointes de feu) et général (toniques et ferrugineux) sans résultat.

Le 21 septembre, désarticulation du premier métatarsien gauche par la méthode antiseptique. Difficulté de l'hémostase, sutures métalliques, drainage par une contre-ouverture pratiquée à la partie déclive de la plaie. Pansement de Lister.

Dans la journée, une hémorrhagie nécessite le changement du pansement ; la plaie est remplie par un caillot. Fièvre traumatique intense. Gangrène d'une portion des téguments. Sécrétion séro-purulente abondante, manque de vitalité de la plaie. Tendance à l'ulcération. Nécrose de la surface du premier cunéiforme.

Les bourgeons charnus qui, d'abord, s'étaient bien développés et avaient un bel aspect, deviennent gris, et finissent par disparaître. Aucune tendance à la cicatrisation. La fièvre reste élevée, et se complique peu à peu de symptômes généraux graves : subdélire, diarrhée, quelques frissons, sueurs, enrouement, dyspnée, diminution de la sonorité, râles sous-crépitaux disséminés dans toute la poitrine.

Mort le 11 novembre par *granulie aigüe généralisée*.

Autopsie. Granulations tuberculeuses dans les plèvres, les poumons, le péritoine, le mésentère, les reins, les méninges, le plexus choroïdien.

2. (NEUMEISTER). Jeune fille de 20 ans. Douleurs dans le pied droit depuis octobre 1869 ; le métatarse est légèrement gonflé. Suppuration et ulcération. Le stylet arrive sur un os carié. Pied modérément enflé ; peu de suppuration ; les mouvements du cou-de-pied sont libres, non douloureux ; dans l'articulation de Chopart ils sont sensibles. Mouvements possibles dans les articulations métatarso-cuboïdienne, métatarso-scaphoïdienne et cuboïdo-scaphoïdienne. Crépitations humides. 19 janvier, amputation de Chopart, résection de la partie antérieure du calcanéum qui est carié. Sutures, bains permanents pendant cinq jours. Réunion partielle par première intention. Température élevée ; pas de tendance à la cicatrisation. Grâce au pansement avec l'onguent basilicum, la guérison marche vite, et est complète le 3 mars. Mais la fièvre persiste, malgré l'excellent état de la plaie. Finalement, on découvre une tuberculose miliaire aigüe des poumons qui évolue avec des symptômes typhiques, et amène la mort le 18 mars.

3. (*Arch. de Langenbeck*, t. IV). Homme, 48 ans. Carie scrofuleuse du tarse ayant débuté il y a trois mois ; amputation le 22 juillet 1852. Guérison en dix semaines. Sorti avec une tuberculose au début. Meurt un an après de tuberculose.

4. (DUMÉNIL). Herval, 53 ans. Ostéite progressive des os du pied. Désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Roux. Rapprochement du lambeau avec bandelettes agglutinatives. Aspiration pneumatique. Suppuration longue. Abscès multiples sur le trajet des gaines tendineuses. Persistance pendant 10 mois d'un trajet fistuleux qui finit par guérir.

Mort plusieurs années après de tuberculose pulmonaire.

5. MICHAUX (*Bull. Acad. royale de Belgique*, 1859 t. II. p. 625). Henri Vander Helst, 39 ans, entre à l'hôpital de Louvain, 6 janvier 1849. Carie tarso-métatarsienne ; fistules multiples. Début 5 mois.

12 avril. Amputation tibio-tarsienne par le procédé de Syme. Eta diphthéritique de la plaie, pourriture d'hôpital, hémorrhagie, plusieurs abcès, lymphangite ; cicatrisation au bout de six semaines. Sortie de l'hôpital trois mois après la cicatrisation de la plaie. La phthisie pulmonaire, qui jusqu'alors n'avait pas donné de signes, se développe. Il meurt de phthisie sept ans après.

6. (*Langenbeck's Archiv.*, t. IV). Homme, 30 ans. Carie tuberculeuse du tarse.

12 avril 1859. Amputation. Guérison. Sept ans après, mort de phthisie.

7. (*Arch. Langb.*). Carie du tarse chez un homme de 26 ans. Amputation du pied. Guérison rapide de la plaie. Mort phthisique quelques années après.

Jambe.

8. (EDUART ALBERT). Femme 30 ans. Antécédents scrofuleux multiples. Amputation de jambe le 10 novembre 1877. Résection de la rotule le 23 janvier. Tuberculose généralisée. Mort.

9. (DUMÉNIL). Varlet, 28 ans. Arthrite fougueuse de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation au quart inférieur. Rapprochement avec bandelettes agglutinatives. Pansement au cérat. Suppuration diffuse. Cicatrisation presque complète 4 mois après l'opération. Alors il se développe une lymphangite, puis une arthrite suppurée du genou. Bientôt symptômes de tuberculose pulmonaire, souffles, râles, toux, expectoration, fièvre. Mort. Quand ?

10. (CHASSAIGNAC). X.... Tubercules des os du tarse et du métatarse. Amputation sus-malléolaire le 19 février 1855. Pansement occlusif. 28 février, bon état de la plaie, état général satisfaisant. Vers le 15 mars, la plaie prend un mauvais aspect, l'état général devient mauvais : symptômes thoraciques aigus, toux fréquente, amaigrissement rapide. Le moignon devient cône ; abcès et fusées purulentes sur le côté externe du membre amputé, 15 avril. Mort.

Autopsie. Infiltration tuberculeuse des deux poumons, généralisée à gauche ; adhérences pleurales multiples ; tibia et péroné nécrosés à leur extrémité libre.

11. (VERCHÈRE). X... entre au service de M. Verneuil, fin novembre 1883. État général bon. Ostéo-arthrite au pied. Ostéo-arthrite légère du coude gauche. Amputation de la jambe le 5 décembre. Immobilisation du coude. Guérison rapide du moignon. Mais des phénomènes inflammatoires se montrèrent dans le membre supérieur gauche. En même temps se développèrent des symptômes de tuberculose pulmonaire qui fit rejeter l'idée d'une nouvelle amputation, de peur de donner un coup de fouet à la phthisie.

Cuisse.

12. (NEUMEISTER). Homme 32 ans, de bonne constitution. Tumeur blanche traumatique du genou. Traitement médical sans résultat. Suppuration. État général mauvais. Amputation de cuisse. Le quatrième jour, symptômes cérébraux. Méningite tuberculeuse. Mort le septième jour. Granulie généralisée, (méninges, poumons, plèvres, péritoine.)

13. (VERNEUIL). Enfant. Tumeur blanche du genou. Amputation de cuisse. La guérison semble marcher régulièrement d'abord; puis elle s'arrête et l'enfant succombe à une tuberculisation pulmonaire rapide.

14. (VOELKERS). 1887. Homme, 51 ans, Hydarthrose du genou. Tarsalgie suppurée. Amputation de cuisse. Mort de tuberculose miliaire dix-sept jours après l'opération.

15. (VOELKERS). 1861. Homme, 45 ans. Tumeur blanche du genou. Amputation de cuisse. Guérison de la plaie. Mort deux mois après de tuberculose miliaire aigüe.

16. (DUMÉNIL). G... 34 ans. Alcoolique. Arthrite suppurée du genou. Amputation de la cuisse au tiers moyen. Pansement au cérat. Cicatrisation complète du moignon.

Développement d'une tuberculose pulm. dans le cours du traitement. Mort.

17. (M. GROSS). Claude Nicolas, 42 ans, charpentier. Pas d'antécédents scrofuleux, entre au service de M. Gross le 12 septembre 1876.

A été amputé antérieurement de la jambe gauche, à la Maison de Secours, pour un ulcère de la région malléolaire interne, consécutif à un traumatisme remontant à trois ans. La plaie opératoire n'a jamais été cicatrisée, et le malheureux amputé a fait pour ce motif de nombreux séjours dans les services hospitaliers de Nancy.

Le 12 septembre 1876, il entre au service de M. Gross. Le moignon ressemblait, au premier abord, à un moignon de désarticulation du genou. La cuisse gauche, fortement amaigrie, devenait énorme vers son extrémité inférieure qui présentait une vaste ulcération. En examinant de plus près, on reconnaît que les portions restantes du tibia et du péroné étaient logées en arrière sur le fémur. L'ulcère correspondait à la surface antérieure de la rotule mise à nu.

L'état général est satisfaisant, un peu de toux. L'auscultation ne révèle qu'un catarrhe bronchique.

Amputation de cuisse au tiers inférieur, à lambeau antérieur : manchette périostée. Pansement ouaté d'Alph. Guérin. Les suites sont très bonnes. Apyrexie. L'état général reste bon.

Le 25 décembre le malade sort complètement guéri.

Mort phthisique au service de M. le professeur Bernheim en 1878.

Avant-bras.

18. (VÖLKERS). 1836. H..., 53 ans. Suppuration du carpe. Amputation de l'avant-bras. Mort quatre semaines après de tuberculose miliaire aiguë.

19. (BERGER). Homme 45 ans. Tumeur blanche traumatique du poignet. Amputation de l'avant-bras. Tuberculisation consécutive des testicules puis des poumons. Mort de tuberculose aiguë 8 mois après l'amputation.

20. (KRAUSE). Wilke Louis, 34 ans, boulanger. En 1878, panaris de l'annulaire gauche. En même temps, hygroma suppuré du genou droit, abcès de la mâchoire inférieure gauche et de la plante du pied gauche. Entre à l'hôpital de la Charité (Berlin), le 6 avril 1879. On ouvre l'hygroma et les abcès qui guérissent rapidement. On fait la désarticulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire ; point de guérison. On enlève la moitié du 4^e métarcapien carié, puis l'os tout entier. Des douleurs dans les os du carpe rendent nécessaire l'application d'un appareil plâtré. Pas de résultat. 26 janvier 1880, désarticulation de la main ; mais comme les parties molles ne suffisent pas pour couvrir l'extrémité osseuse, on fait l'amputation de l'avant-bras à un centimètre au-dessus de l'articulation du poignet. En même temps, désarticulation métatarso-phalangienne du doigt de pied gauche pour carie. Compression d'Esmarch. Pansement phéniqué au bras, pansement au chlorure de zinc au pied. La plaie du bras guérit par première intention, après quatre pansements antiseptiques. Celle du pied montre peu de tendance à la guérison. Pendant ce temps, il se forme des abcès multiples en différents points, une escharre à marche rapide sur le genou droit, une induration des sommets. Le patient meurt le 16 mai de phthisie généralisée.

Autopsie. Phthisie pulmonaire chronique. Embolie de l'artère pulmonaire droite ; infarctus hémorrhagique et gangréneux du lobe inférieur droit ; pleurésie fibrineuse hémorrhagique droite ; dilatation du cœur droit ; tubercules du foie, des reins ; ulcères tuberculeux du larynx et de l'intestin.

Bras.

21. (NEUMEISTER), 16 ans, de famille tuberculeuse. Tumeur blanche du coude droit d'origine de refroidissement (?), début en avril 1877. Le 20 juin, ouverture d'un abcès, beaucoup de pus. 26 août entre à l'hôpital pour une pleurésie exsudative (?). 15 novembre, amputation du bras au milieu. Granulations tuberculeuses dans les extrémités osseuses. 17 novembre, premier pansement, état général et local bons. 21, troisième

pansement, tout va bien, pas de fièvre. 10 décembre, plaie totalement guérie. 12 décembre, début de méningite tuberculeuse. 10 janvier. Mort.

Autopsie. Méningite tuberculeuse de la base avec hydrocéphalie interne. Poumons farcis de tubercules miliaires.

22. (LEBERT. *Traité des maladies scrofuleuses*, 1849, p. 611). Fille âgée de 3 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 21 août 1848, pour une tumeur blanche suppurée du coude remontant au mois de mai 1848.

Amputation le 22 janvier; pourriture d'hôpital, mort quelques jours après.

Autopsie. Pneumonie lobulaire circonscrite; hépatisation rouge et grise avec quelques tubercules miliaires, foie gras, rate hypertrophiée, etc.

Résections.

Pied.

23. (M. GROSS. La méthode anti-septique de Lister). Duval (Augustine), 21 ans, domestique, entre à Saint-Léon, le 29 janvier 1877, pour une tumeur blanche du coude droit avec fistules. Traitée successivement aux services de Rigaud et Simonin, le coude guérit avec ankylose dans la flexion à angle droit.

Pendant son séjour à l'hôpital, il se développe une tumeur blanche de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit avec fongosités dans la gaine du fléchisseur. M. Rigaud excise les fongosités. La cicatrisation complète ne se fait pas.

Antécédents de scrofulose. Pas d'hérédité. 17 septembre, résection de la première phalange du médius, d'après la méthode antiseptique. Drainage. Gouttière plâtrée. Pansement antiseptique.

Pas d'accident primitif. Apyrexie. La cicatrisation ne se fait pas. Il persiste une fistule entourée de fongosités suppurantes.

Morte de tuberculose aiguë généralisée, le 1^{er} avril 1878, six mois et demi après l'opération.

24. (LUCKE). Homme, 56 ans. Résection du premier métatarsien pour carie et nécrose. Tuberculose pulmonaire consécutive. Mort.

25. (TEXTOR). Femme, 39 ans. Résection du premier métatarsien pour carie. Guérison incomplète. Meurt de tuberculose pulmonaire sept mois après l'opération.

26. (TH. MÉNARD). Maria B..., 4 ans. Aspect strumeux, chétif. Pas d'antécédents héréditaires. Ostéo-arthrite de l'extrémité inférieure du tibia consécutive à une chute. Évidement du tibia, le 26 mars. L'enfant pâlit, maigrit. Broncho-pneumonie, puis méningite tuberculeuse. Mort, le 18 juin.

Autopsie. Tubercules dans les méninges et la choroïde de l'œil gauche. Cavernules nombreuses dans les poumons.

27. (TH. VERCHÈRE). Elisabeth J..., entre à Lariboisière, service de M. Labbé, le 24 mai 1881. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Arthrite fongueuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit, datant de deux ans.

27 Mai. Désarticulation du gros orteil et résection d'une partie du premier métatarsien. Aucun symptôme pulmonaire.

Les jours suivants, la température reste élevée : petits frissons le soir. Langue sèche. Point d'appétit. Malaise général.

4 juin. Ouverture d'une poche purulente de la gaine du long péronier. Erysipèle phlegmoneux. La plaie n'a aucune tendance à se cicatriser.

Développement d'une tuberculose aigüe qui enlève la malade à la fin de juin.

Autopsie. Infiltration tuberculeuse dans toute la hauteur des poumons. Plusieurs petites cavernules.

28. (NEUMEISTER). Homme de 54 ans. Carie du pied. Résection sous-périostée de l'extrémité inférieure du péroné, 1/2" et du tibia, 3/4", et de l'astragale en entier. Appareil plâtré. Pendant neuf semaines, la guérison marche régulièrement, sauf quelques petites hémorrhagies et un séquestre du tibia qui a été enlevé. Alors apparaissent une diarrhée incoercible, perte d'appétit, etc. ; et le malade succombe au bout de quelques jours à une tuberculose généralisée.

Autopsie. Presque tous les organes, et plusieurs os sont farcis de tubercules. Cependant la plaie avait bon aspect ; les extrémités osseuses avaient commencé à s'arrondir ; la surface du périoste était couverte de productions osseuses.

29. (NEUMEISTER). Garçon de 5 ans. Inflammation de l'articulation astragalo-calcanéenne. Suppuration. Deux fistules. 13 Octobre. Extirpation de l'astragale qui était en partie détruit et renfermait de la matière caséuse. Le calcanéum est raclé superficiellement. Injection de chlorure de zinc. Guérison rapide : la plaie est comblée en quatre semaines, sauf une courte fistule avec suppuration de bonne nature. 30 Novembre, appareil plâtré. L'enfant sort. Pronostic favorable. 27 Décembre, l'enfant revient. La fistule suppure peu. On enlève l'appareil ; l'articulation n'est pas gonflée ; mouvements de flexion et d'extension sans aucune douleur. Mais il présente des symptômes cérébraux : crampes, vomissements, diarrhée ; bientôt aussi symptômes de tuberculose pulmonaire. Amaigrissement ; la fistule s'étend, suppure ; l'articulation devient immobile ; abcès périarticulaire du coude. Mort le 5 juin 1875.

Autopsie. Tuberculose des poumons, ulcérations tuberculeuses de l'intestin, ganglions mésentériques caséux. Dans le cervelet existe symétri-

quement de chaque côté une masse caséuse assez volumineuse, qui atteint la dure-mère à laquelle elle adhère.

30. (ALBRECHT). 1879. Ganz D..., 16 ans. Antécédents tuberculeux héréditaires. Tarsalgie suppurée traumatique, remontant à sept mois. Fistules. Poumons sains. Résection le 28 juillet. Guérison régulière et rapide. En 1881, tumeur fongueuse du coude. Mort de méningite tuberculeuse le 25 février 1882.

31. (OLLIER). Dervieux, 23 ans. Entorse tibio-tarsienne, il y a douze ans. Six mois après nouvelle entorse, suivie d'une tumeur blanche suppurée. État gén. bon. Pas de signes de tuberculose pulmonaire. Évidement du tibia en 1863.

Résection de l'articulation tibio-tarsienne en 1864. Guérison complète. Mort phthisique en 1881.

Genou.

32. (KRAUSE). D... Caroline, 34 ans. Il y a deux ans, il se forma au genou gauche une tumeur indolente, se développant lentement, qui en mi-juin 1880 prit un accroissement rapide. A son entrée, on incisa la tumeur qui donna issue à une quantité notable de liquide séro-purulent. On tomba sur l'os dénudé, on fit la résection du genou. Réunion osseuse par deux gros fils de catgut. Atelle de Watson; bandage plâtré, pansement au chlorure de zinc. Suspension. Les sutures coupent, la plaie s'ouvre, les extrémités osseuses sont dénudées. Après 15 jours, il se développe une pleurésie; la patiente meurt d'œdème pulmonaire.

Autopsie. Pleurésie fibrineuse droite aigüe, pneumonie interstitielle, péribronchite caséuse, œdème pulmonaire, néphrite et hépatite parenchymateuse, métrite et endométrite chronique.

33. (NEUMEISTER). Garçon de 9 ans. Tumeur blanche du genou: plusieurs opérations.

10 mars 1873. Fièvre vive, incision bilatérale du genou. Drainage. Fièvre persiste malgré une suppuration de bonne nature. Affaiblissement considérable.

21 avril. Résection: synoviale remplie de tubercules. Pas de réaction locale, fièvre persiste.

30 avril. Mort.

Tubercules non ulcérés dans les poumons, intestins, foie, etc.

34. (NEUMEISTER). Garçon de 8 ans, tumeur blanche du genou consécutive à une chute, datant de 3 ans; fièvre, amaigrissement, abcès. Résection le 18 novembre 1869. Tubercules dans l'articulation. Appareil plâtré, pansement ouvert. La fièvre persiste, cependant la plaie marche vers la guérison.

6 décembre, la plaie se rouvre; bourgeons ulcérés avec pus caséux. Le patient dort mal, crie, tousse.

Mi-décembre, symptômes nets de méningite tuberculeuse.

29 décembre ; mort. Tuberculose des méninges, poumons, foie, rate, reins. On ne trouve nulle part de matière caséuse : d'où la maladie tuberculeuse du genou peut être considérée comme le point de départ de l'infection générale.

35. (BUSCH). H..., 28 ans. Tumeur blanche du genou, a frigore ? Etat générale satisfaisant.

Résection. Suites immédiates bonnes. Mais bientôt la suppuration se rétablit et ne tarit plus. Epuisement rapide du malade. Symptômes de tuberculose pulmonaire. Mort un an après de tuberculose pulmonaire chronique.

36. (PICARD. Th. 1875). Emily R..., 21 ans, domestique, entre à Guy's Hôpital le 3 février 1874, pour une tumeur blanche du genou. Etat général satisfaisant.

Résection le 13 février. Va bien jusqu'au 1^{er} juin.

Le 4 mars, début d'une méningite tuberculeuse ; le 25 mars, mort.

Autopsie. Quantité de fines granulations sur la pie-mère, tubercule volumineux sur la pie-mère au niveau du cervelet.

37. (VÖLKERS). 1858. H..., 68 ans. Tumeur blanche du genou. Résection. Mort 14 jours après de tuberculose miliaire aiguë.

38. (ALBRECHT). Hess J..., 54 ans, pas d'antécédents. Etat satisfaisant. Tumeur blanche du genou. Résection le 24 février 1869. Suites immédiates bonnes. Mort le 14 mai de tuberculose miliaire. A coté des granulations miliaires, on trouve dans le poumon plusieurs petites masses caséuses.

39. (ALBRECHT). Erni Anna, 22 ans, pas d'antécédents. Tousse un peu, poumons sains. Tumeur blanche du genou consécutive à une chute, fistules.

Résection le 10 mars 1869. Pas de guérison. Développement progressive d'une phthisie pulmonaire. Mort en avril 1870.

40. (ALBRECHT). Meier G..., 21 ans, constitution faible. Tumeur blanche du genou datant de 4 ans, fistules. Résection le 5 juin 1872. Suites immédiates bonnes. Puis se développent des symptômes pulmonaires, de la fièvre et l'état général devient mauvais. Mort le 14 août.

Infiltration tuberculeuse des deux sommets. Carie sternale.

41. (ALBRECHT). Neühauser. G. 9 ans, antécédents héréditaires. Enfant faible, anémié, tumeur blanche du genou, pas de fistules, fluctuation manifeste. Résection le 11 mai 1872. Suites immédiates bonnes. L'enfant sort le 30 juin avec une consolidation presque complète. Rentre le 5 février 1873 et meurt phthisique le 1^{er} mars.

Tuberculose pulmonaire et intestinale.

42. (HUGO-SENFLEBEN. *Arch. f. klin. chir.* 3. 62 p. 77). M... K..., 5 ans, parents bien portants, entré à l'hôpital le 15 janvier 1858.

Il y a deux ans, début d'un mal de Pott avec fistules.

Depuis un an, arthrite du genou gauche, avec fistule du côté interne.
L'enfant est très-anémique, a de la fièvre, crie beaucoup de douleur, a le genou fléchi.

On fait l'extension du membre. Gonflement consécutif de l'articulation, rétention du pus qui coulait bien, fluctuation, fièvre hectique, diarrhée.

22 janvier. Langenbeck fait la résection du genou.

Jusqu'au 24 février tout va bien. Alors il se produit un œdème de la jambe saine et des symptômes pulmonaires.

Mort le 18 mars. Tuberculose récente du poumon.

43. (TEXTOR). Femme 26 ans. Tumeur blanche du genou. Résection. Meurt phthisique quatre mois après.

44. (KÖENIG). Enfant de 7 ans. Résection du genou pour tumeur blanche. Meurt de méningite tuberculeuse la sixième semaine. (Billroth).

45. (Id.). Garçon de 12 ans. Résection du genou. Tuberculose pulmonaire consécutive. Mort douze jours après. (Makensie).

46. (PENIÈRES). Jeune homme 18 ans. Résection du genou, Pas de guérison. Meurt phthisique ? (Heüser).

47. (Id.). Jeune homme 18 ans. Résection du genou. Meurt de tuberculose aigüe vingt-quatre jours après l'opération. (Makensie).

48. (Id.). Jeune fille 18 ans. Résection du genou. Meurt le vingt-troisième jour de pyhémie et tuberculose pulmonaire. (Legros-Clarcke).

49. (Id.). Enfant de 9 ans. Résection du genou. Mort deux mois après de méningite tuberculeuse. (Kempe).

50. (Id.). Jeune fille de 23 ans. Résection du genou. Meurt un mois et demi après de tuberculose aigüe généralisée. (Stokes).

51. (Id.). Enfant de 10 ans. Tumeur blanche du genou. Résection. Meurt cinq mois et demi après de phthisie pulmonaire. (Giraldès).

52. (Id.). Femme 52 ans. Résection du genou pour tumeur blanche. Pas de guérison. Mort trois mois après de tuberculose pulmonaire. (Vaston).

53. (Id.). Jeune homme 23 ans. Résection du genou. Meurt six semaines après de méningite tuberculeuse. (Sayre).

54. (Id.). Homme 29 ans. Résection du genou. Guérison lente. Meurt phthisique deux ans après. (Textor).

55. (Id.). Homme 26 ans. Résection du genou. Guérison. Meurt neuf mois après phthisique. (Heüser).

56. (Id.). Jeune fille 19 ans. Résection du genou. Guérison. Meurt phthisique cinq mois après. (Maret).

57. (Id.). Jeune fille 15 ans. Résection du genou. Guérison. Meurt phthisique plusieurs mois après. (Square).

58. (ALBRECHT). Baumgartner, 23 ans. Tousse depuis dix ans, a eu quelques hémoptysies, pas de signes physiques de tuberculose pulmonaire. Arthrite fongueuse du genou, fistules. Résection le 10 novembre 1868. Guérison. Meurt phthisique en 1882, douze ans après l'opération.

59. (Id.). John François, 30 ans. De famille srofulo-tuberculeuse. Poumons sains, tumeur blanche du genou, fistules, fièvre. Résection le 24 novembre 1879. Consolidation complète. En avril 1880, respiration soufflée, craquements aux deux sommets. L'état général se détériore rapidement. Mort le 2 juin 1880. Tuberculose pulmonaire, rénale et intestinale.

60. (Id.). Keller J. 16 ans. Tumeur blanche spontanée du genou, pas de fistules, fièvre hectique. Résection le 30 mai 1880. En novembre le malade peut se lever. En mars 1881, abcès par congestion dans l'aisne gauche, incisé le 4 avril. Tumeur blanche tibio-tarsienne gauche, résection de l'articulation, guérison complète du genou et de l'articulation tibio-tarsienne en août 1881. L'abcès par congestion fournit toujours du pus. Albuminurie. Cachexie. Mort le 1^{er} février 1882.

Masse caséuse au sommet gauche ; tubercules disséminés dans les deux poumons. Rate volumineuse avec deux anciens infarctus. Dilatation du calice et des bassinets du rein droit, avec plusieurs calculs. Dégénérescence amyloïde des reins et du foie.

61. (Id.). Baüninger, 6 ans. Antécédents bons, tumeur blanche du genou datant de un an, fistules, douleurs vives. Résection le 16 mars 1870. Fièvre continue. Cachexie. Pas de tendance à la guérison. Amputation de cuisse le 24 septembre. Pas de tendance à la guérison. La fièvre persiste. Mort le 1^{er} novembre 1870. Tuberculose pulmonaire, péritonéale, méningée.

62. (Service de M. Gross). Maurice Nicolas, 33 ans, journalier, sans antécédents héréditaires ni personnels, entre à Saint-Léon, le 24 décembre 1881. C'est un homme fort, bien constitué, porteur d'une double lésion, l'une au genou droit, l'autre à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Les deux ont débuté à peu près simultanément sans cause appréciable, il y a un an et demi, et ont eu une marche chronique, sans réaction fébrile.

Actuellement le genou est augmenté considérablement de volume, et présente tous les signes d'une ostéo-arthrite fongueuse ou tumeur blanche. On immobilise le genou dans un appareil silicaté, qui permet au malade de descendre au jardin.

L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche présente aussi une ostéo-arthrite fongueuse suppurée : plusieurs fistules donnent issue à une assez grande quantité de pus, et conduisent sur une surface osseuse cariée.

Le 19 janvier 1882, M. Gross pratique l'amputation du pouce par la méthode antiseptique : la guérison de la plaie se fait régulièrement.

Au mois de juin, on enlève l'appareil silicaté, le malade se plaignant de douleurs vives dans le genou. L'articulation a augmenté de volume, et présente à son côté externe une apparence de fluctuation. Un trocart explorateur

n'amène aucun liquide. L'état général est bon ; l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Pas d'albumine dans l'urine.

29 juin. Résection du genou avec extirpation de la rotule. A l'ouverture de l'articulation il s'écoule une assez grande quantité de pus grumeleux épais, rougeâtre. On enlève avec soin toutes les fongosités qui tapissent les culs-de-sac de la synoviale ; on résèque l'extrémité des condyles fémoraux et le plateau du tibia. On fait une contre-ouverture au fond du cul-de-sac sous-tricipital, deux autres en arrière sur les cotés des vaisseaux poplités. On place les drains, et on fait les sutures au fil d'argent. Le tout avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Le membre est immobilisé sur une atelle à résection.

Pas de réaction les premiers jours : à partir du quatrième jour formation d'un abcès au creux poplité, accompagné de douleurs vives et d'une fièvre intense. Ouverture spontanée de la collection. La température tombe à la normale. La plaie suppure modérément, l'état général est satisfaisant.

Pendant les mois d'août, septembre et octobre, il se produit peu de changement soit dans l'état local, soit dans l'état général qui reste assez bon. Le malade a bon appétit, dort bien, souffre peu quand le membre inférieur est au repos. Il ne tousse pas.

La suppuration de la plaie est abondante : aucune tendance à la consolidation.

En novembre, l'état général commence à se détériorer ; le malade est anémié, amaigri ; il a perdu l'appétit et a de fréquents vomissements. Petite escharre au sacrum. Léger mouvement fébrile le soir. La suppuration de la plaie est abondante ; la cuisse est légèrement œdématiée. Le 23 novembre, ouverture d'une vaste collection purulente.

Au mois de décembre, paraît un érysipèle au niveau de la plaie : il fait le tour du corps et finit par l'autre membre inférieur.

Le malade continue à s'affaiblir de plus en plus, et la plaie ne présente aucune tendance à la cicatrisation. Les poumons sont toujours sains : pas d'albumine dans les urines. M. Gross se décide à amputer la cuisse. L'opération est faite le 24 février, au tiers supérieur, par le procédé à lambeau antérieur ; méthode antiseptique, drainage. Pas de sutures. Pansement de Lister. Malgré une gangrène partielle du lambeau, la guérison suit son cours régulièrement et est complète au commencement du mois d'avril.

Le malade se lève.

Au commencement de mai, rétention brusque de l'urine qui exige le cathétérisme : on reconnaît un gonflement de la région prostatique de l'urèthre. Au bout de quelques jours, les urines deviennent ammoniacales, et renferment une assez grande quantité de muco-pus.

Lavages de la vessie à l'acide borique.

En même temps apparaissent des symptômes généraux graves : fièvre, agitation, délire, carphologie, narines pulvérulentes, lèvres fuligineuses,

quintes de hoquet. En un mot un état typhique très grave, avec toux et symptômes du côté de la poitrine. On hésite entre le diagnostic de cystite avec septicémie et hypostase pulmonaire, et de granulie aiguë généralisée.

Le malade succombe le 17 mai.

Autopsie. Granulie généralisée. Les poumons et les méninges sont farcis de granulations miliaires. Très probablement tubercules dans les voies urinaires : l'examen de ces organes n'a pas été fait d'une manière complète.

Hanche.

63. (GOOD). Jeune homme, 15 ans. Coxalgie gauche, abcès, fistules. Résection de la cavité cotyloïde. Mort le trente-sixième jour. Infiltration tuberculeuse du poumon droit. Abcès du bassin. (Barwell).

64. (Id.). Fille de 3 ans. Résection de la tête du fémur pour carie. Mort huit mois après. Tuberculose pulmonaire. (Dolbeau).

65. (BOUCHER). Jeune homme 16 ans. Coxalgie très-douloureuse. Résection. Symptômes généraux, fièvre, diarrhée, hémoptysies. Mort par hémorrhagie pulmonaire deux mois après l'opération. Cavernules et tubercules aux deux sommets.

66. (GIRALDÈS). Enfant 9 ans. Coxalgie douloureuse. Résection. Marche d'abord très-bonne vers la guérison. Puis arrêt de la cicatrisation, symptômes généraux graves. Meurt de tuberculose et pleurésie tuberculeuse six mois après l'opération.

67. (HUMPHRY). Femme 19 ans. Coxalgie suppurée datant de deux ans. Résection. Pas de guérison. Meurt six mois après l'opération de phthisie.

68. (VOELKERS). H..., 26 ans. Coxalgie, luxation spontanée. Résection de la tête du fémur. Pas de guérison. Le malade sort avec des fistules conduisant sur l'os iliaque carié. Mort trois ans après de tuberculose pulmonaire.

69. (Id.). H..., 27 ans. Coxalgie. Résection de la tête du fémur. Mort dix-sept jours après de tuberculose miliaire aiguë.

70. (NEUMEISTER). H. 37 ans, Couvreur. Coxalgie gauche datant de 4 ans. Abcès, douleur, fièvre. 18 mars 1878, résection. Suites immédiates excellentes. Mais la plaie, presque fermée, se rouvrit. Malgré la fièvre vespérale, le poids du corps augmenta encore. 22 janvier, thrombose de la veine fémorale droite, douleurs dans la poitrine et le ventre, vomissements. Mort le 25 février. — Tubercules nombreux dans l'intestin, le foie, le péritoine, la hanche. Granulations récentes dans la plèvre viscérale et les ganglions du médiastin. Plusieurs trajets fistuleux dans les os du bassin tapissés de tubercules.

71. (Id.). Fille de 2 ans. Coxalgie gauche avec abcès, fièvre vespérale, amaigrissement. Résection au bout de cinq mois : capsule fongueuse, remplie de granulations tuberculeuses. Désordres considérables dans les os. Mort quatre semaines après de tuberculose généralisée, sans que la marche de la plaie vers la guérison ait été troublée.

72. (Id.). Garçon de 14 ans. Coxalgie droite, datant de un an et demi. Etat général mauvais : fièvre, amaigrissement. Résection le 23 janvier 1874. Réaction assez vive ; fièvre, suppuration peu forte ; pas de tendance à la guérison. 1^{er} mai, raclage de la plaie : point d'action sur la cicatrisation. Dépérissement rapide. Symptômes de tuberculose ; fièvre vespérale. 10 août, symptômes cérébraux, fièvre augmente. 16 août, la température monte à 40°6. Mort sept mois après l'opération. Méningite tuberculeuse récente. Quelques tubercules dans les poumons, foie et rate.

73. (OLLIER). Garçon de 13 ans. Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur, à phénomènes aigus ; marche rapide, suppuration de l'articulation, fusées purulentes.

Résection de la tête fémorale : état général et local excellent pendant quatre jours, puis élévation brusque de la température non expliquée par l'état de la plaie. Mort dix jours après l'opération.

Autopsie : Granulie des deux plèvres et du péritoine.

74. (EULENBOURG). Carl S..., 23 ans, antécédents scrofuleux. Coxalgie spontanée débutant en janvier 1864. Entre à l'hôpital le 21 mai 1864. En octobre, ponction d'un abcès qui donne un liquide séro-purulent. La fièvre tombe de 39° à 38°,3. L'abcès se reforme bientôt et la fièvre remonte à 39°. Résection le 1^{er} novembre. Sutures, vessie de glace. Le lendemain petits frissons : temp. 39°, pouls 120. Délire la nuit. Le 5 on est obligé d'enlever les fils : t. 39°9, p. 120. Les jours suivants la plaie à bon aspect, est couverte de bonnes granulations. Vers le 20, appareil plâtré. La température persiste entre 39°,5 et 40°,5.

Au commencement de décembre, l'état général devient mauvais ; diarrhée, perte d'appétit, toux, souffle tubaire au sommet droit, escharre au sacrum. La plaie conserve bon aspect. Le 20 décembre au soir, la température tombe brusquement à 37° et le pouls monte à 152. OEdème des extrémités, somnolence ; mort le lendemain matin.

Autopsie. Petite caverne au sommet droit ; plusieurs à gauche. Infiltration des deux poumons.

75. (ALBRECHT). Cattorini, 14 ans, pas d'antécédents. Coxalgie suppurée datant de 3 mois. Carie costale. Résection de la hanche le 14 janvier 1872. L'état général se détériore rapidement, diarrhée, fièvre hectique. Abcès du bassin. Mort le 19 mars 1873 de tuberculose généralisée.

76. (Id.). D... Verena, 15 ans, parents maladifs. Enfant faible, mal développée. Coxalgie. Abcès. Résection le 6 avril 1871. La plaie va bien au début et l'état général se relève. En juin, élimination d'un séquestre, suppuration adondante de la plaie. Amaigrissement, fièvre, diarrhée. Mort le 27 juillet 1871 de tuberculose pulmonaire.

77. (Id.). Vaterlaus C..., 4 ans. Coxalgie spontanée, suppurée. Résection le 14 novembre 1873. Au début, l'état local est excellent. En janvier

1874, apparition de symptômes pulmonaires, cachexie rapide ; mort le 22 août de tuberculose généralisée.

78. (Id.). Hœki J..., 5 ans, enfant bien développé. Coxalgie spontanée, fistules. Résection le 6 octobre 1873. Vomissements, diarrhée, suppuration puante, état général mauvais, fièvre. Mort le 10 novembre. Tubercules dans le poumon et le foie.

79. (Id.). Egli J..., 3 ans. Enfant faible, anémié. Coxalgie à marche rapide. Absès. Résection le 31 octobre 1873, fièvre intense. Tuberculose pulmonaire aiguë. Dépérissement rapide. Mort le 28 novembre.

Infiltration tuberculeuse des deux poumons.

80 (Id.). Studhalter, 13 ans. Antécédents tuberculeux dans la famille, enfant maigre, mal développé, poumons sains, albuminurie, coxalgie gauche spontanée, fistules. Résection de la hanche le 21 juillet 1876. Quelques jours après suppuration du genou. Fin décembre, désarticulation de la cuisse. Guérison sauf quelques fistules. Mais le malade est pris de diarrhée incoercible, fièvre, toux. Mort le 30 juin 1877 de tuberculose généralisée.

81 (Id.). Barbe St..., 15 ans, maigre anémiée, coxalgie gauche spontanée, absès. Résection le 30 janvier 1877. Pas de guérison. En janvier 1878, albuminurie, phthisie pulmonaire, fièvre hectique. Mort en été 1881.

82 (Id.). Rosalie R..., 4 ans 1/2. Antécédents scrofulo-tuberculeux héréditaires et personnels. Coxalgie droite à début spontané. Résection le 19 décembre 1878. Suppuration profuse, fièvre intense, pas de tendance à la guérison. Mort de tuberculose pulmonaire le 23 Mars 1879.

83 (Id.). Ramp Al..., 62 ans. Coxalgie droite suppurée, à début spontané, fistules. Résection le 13 mars 1878. Suppuration profuse, diarrhée, amaigrissement, attaques épileptiformes, phthisie pulmonaire. Mort le 21 décembre 1878, d'hémorragie due à la perforation de l'artère circonflexe iliaque

Cavernes pulmonaires. Tubercules dans le foie et dans la moëlle du fémur droit.

84 (Id.). Bolliger J..., 4 ans. Coxalgie droite spontanée, suppuration, fièvre. Résection le 17 novembre 1879. Fièvre intense, suppuration profuse, diarrhée incoercible. Mort le 25 février 1880.

Tuberculose rénale, ganglions caséux dans le poumon et le péritoine œdème cérébral et pulmonaire.

85 (Id.). Büchi J..., 12 ans. Enfant maigre, anémié. Coxalgie traumatique. Résection le 20 juillet 1874. Etat général se maintient assez bien, fièvre irrégulière, érysipèle. En février 1875, thrombose de la jambe droite, gangrène du dos du pied. Mort le 16 février.

Œdème pulmonaire. Quelques tubercules dans les poumons et le foie.

86. (EULENBURG). Fille de 7 ans. Résection de la hanche. Meurt quel-

ques mois après par coxalgie de l'autre côté et tuberculose pulmonaire. (Holmes).

87. (Id.)..... Résection de la hanche. Meurt deux mois après de tuberculose pulmonaire et carie du bassin. (Smith).

88. (Id.)..... Résection de la hanche. Pas de guérison. Sort quelques mois après avec une tuberculose pulmonaire au début. (Smith).

89. (Id.) Garçon de 10 ans. Carie avec perforation du bassin. Résection de la hanche. Meurt dix semaines après de tuberculose pulmonaire, avec carie et nécrose de l'os iliaque. (Bardeleben).

90. (Id.) Homme de 23 ans. Coxalgie aiguë datant de dix semaines. Résection. Mort d'épuisement et de tuberculose pulmonaire, cinquante et un jours après l'opération. (Id.)

91. (Fock). Homme, 22 ans. Carie avec luxation spontanée de tête du fémur. Résection. Mort le quatrième jour d'épuisement et de tuberculose pulmonaire et intestinale. (Textor).

92. (Id.) Homme, 26 ans. Coxalgie chronique. Résection. Pas de guérison. Meurt phthisique trois ans après. (Esmarch).

93. (Id.) Garçon, 10 ans. Carie et luxation spontanée de la tête du fémur. Résection. Meurt phthisique après dix semaines. (Hancock).

94. (Id.) Homme..... Carie et luxation spontanée de la tête du fémur. Résection. Meurt phthisique quelques jours après. (Simon).

95. (Id.) Garçon, 13 ans. Résection de la hanche. Meurt quelques semaines plus tard de tuberculose généralisée. (Stanley).

96. (Id.) Jeune homme, 22 ans. Résection de la hanche. Mort le dix-huitième jour de pyhémie et tuberculose pulmonaire. (Fock.)

97. (ALBRECHT). Sperri J... 10 ans. Antécédents bons. Coxalgie droite suppurée, traumatique, fièvre intense. Résection le 31 janvier 1872. Fièvre persiste. Symptômes de méningite tuberculeuse. Mort le 5 mars.

Tubercules dans les méninges, le poumon et le foie,

98. (Id.) Weidmann R... 13 ans. Antécédents scrofuleux. Ganglions suppurés. Coxalgie droite suppurée. Fièvre vive. Résection le 13 novembre 1872. Mort le 9 décembre : tuberculose méningée : infiltration caséeuse et induration des sommets : quelques tubercules dans le foie.

99. (Id.) R. Régula, 10 ans. Pas d'antécédents. Fillette faible, anémiée. Coxalgie traumatique, suppurée. Fistule. Résection de la hanche le 16 novembre 1869. La plaie a bon aspect. Méningite tuberculeuse vers le 20 décembre. Mort le 28.

Foyers caséeux dans les poumons. Tubercules dans le foie, la rate, le cœcum, dans plusieurs os.

100. (LEROUX). Melhomme, 15 ans. Coxalgie traumatique. État général bon. Résection de la hanche. Pas de guérison locale. Mort de méningite tuberculeuse, cinq mois après l'opération.

101. (GOOD). Fille, 3 ans 1/2. Carie de la hanche datant de un an. Résection. Mort le trente-neuvième jour de méningite tuberculeuse.

102. (NEUMEISTER). Fille de 5 ans. Coxalgie gauche datant de un an et demi. Abscès volumineux. Résection le 11 mars 1873. Tubercules miliaires dans le col et la tête fémorale. Perforation du bassin, laisse écouler beaucoup de pus. Bandage compressif sur la fosse iliaque. Drainage du trajet. Peu de réaction, la plaie se ferme sauf une fistule. Le 28 avril, symptômes de méningite tuberculeuse. Le 3 mai, mort.

103. (Id.). Garçon de 7 ans 1/2. Coxalgie gauche avec abcès énorme datant de un an et demi. Etat général mauvais. Désordres considérables de l'articulation. Résection de cinq centimètres du fémur. Soulagement subjectif notable. Tout va bien au début. Mort cinquante-trois jours après l'opération, de méningite tuberculeuse. Le psoas iliaque et les ganglions rétro-péritonéaux étaient suppurés.

104. (Id.). Garçon de 2 ans. Abscès derrière le grand trochanter. Résection de la tête du fémur. La guérison semble marcher rapidement les premiers jours. Meurt soixante-six jours après l'opération de méningite tuberculeuse.

105. (ALBRECHT). Bleuler, 6 ans. Coxalgie spontanée datant de six mois, abcès. Résection le 16 janvier 1871. Fièvre intense, méningite tuberculeuse. Mort le 9 février.

106. (EULENBURG). Garçon de 2 ans. Carie de la tête du fémur. Résection. Guérison après trois mois et demi. Meurt bientôt après de méningite tuberculeuse.

107. (ALBRECHT). Pfenninger, 6 ans 1/2. Coxalgie traumatique, tumeur blanche du genou guérie. Résection de la hanche le 10 juillet 1876. Suppuration profuse, carie du bassin, albuminurie, anasarque. L'albuminurie disparaît, et l'enfant sort avec des fistules. Mort phthisique le 1^{er} juin 1882.

108. (Id.). Bertha G..., 8 ans. Parents tuberculeux. Coxalgie gauche suppurée. Résection de la hanche le 14 février 1878. Guérison sauf une fistule au mois d'octobre, l'enfant marche assez bien, mais la fistule ne guérit pas. Morte tuberculeuse le 6 juin 1882.

109. (VOLKERS). H.. 21 ans. Coxalgie suppurée. Résection de la tête du fémur. Guérison. Le malade marchait à l'aide d'une canne et un talon élevé. Mort deux ans après de phthisie.

Poignet.

110. (LEISRINCK). Homme, 25 ans. Coxalgie suppurée. Résection. Guérison. Mort trois ans après de phthisie pulmonaire.

111. (FERGUSON. LANCET 1854). G. 22 ans. Tumeur blanche du poignet datant de neuf mois. Fistules. Résection au mois d'octobre 1851. Le malade sort au bout de quelques mois. Les plaies suppurent encore. Mort en mai 1852, de tuberculose pulmonaire.

112. (Id.) J. C. 36 ans. Entre le 2 avril 1856, pour une tumeur blanche du poignet datant de seize mois, avec fistules et douleurs vives. Résection totale. Immobilisation. Compresses froides. Malgré un érysipèle, les plaies sont presque guéries au mois de juillet.

Le malade envoyé à la campagne, revient mourir à l'hôpital en octobre, à la suite d'une poussée tuberculeuse. Les plaies suppuraient encore un peu.

113. (ALBRECHT). Eichmüller, 40 ans, verrier. Entre le 3 juillet 1868. Pas d'antécédents. Tumeur blanche spontanée du poignet avec fistules, datant de sept mois. Poumons sains. État général satisfaisant. Résection. Pas de guérison. Tuberculose pulmonaire lente. Mort le 22 septembre 1872.

114. (Id.) Koller Maria, 31 ans. Entre le 13 mai 1868. Pas d'antécédents. Tumeur blanche du poignet droit avec fistules, datant de deux ans. Traitement médical sans résultat. Pas de symptômes pulmonaires. État général bon. Résection. Abscès consécutifs.

La malade quitte l'hôpital avec deux fistules. Meurt six mois après de méningite miliaire hémorrhagique.

115. (TEXTOR). Femme, 34 ans. Carie scrofuleuse de l'extrémité inférieure du cubitus. Résection. Guérison. Meurt phthisique l'année suivante.

116. (BÖCKEL). Michel H... 22 ans, entre à la clinique de Strasbourg le 2 août 1866. Constitution chétive. Tumeur blanche du poignet datant de six mois; gonflement, douleurs, pas de fistules. Résection le 26 septembre 1866. Main fixée sur une palette. Vessie de glace. Jusqu'à la fin d'octobre tout va bien; mais à partir de cette époque, la suppuration augmente; d'autres articulations sont prises d'arthrites fongueuses. La santé générale s'affaiblit. Amputation de l'avant-bras en janvier 1867. En juillet le malade est maigre, cachectique, et tout fait prévoir une issue fatale à la suite de phthisie.

117. (FOLLET). Lesieur, 69 ans, entre à Lariboisière le 4 avril 1867. Chute sur la main il y a 11 ans. Arthrite chronique; petits abcès s'ouvrant au dehors. Cet état persiste avec alternatives de mieux et de pire durant 10 ans. En décembre 1866, il se fit plusieurs poussées aiguës successives avec abcès et fistules persistantes. L'état général devient mauvais; aussi M. Verneuil entreprit-il la résection partielle du poignet le 10 avril 1867. Les suites de l'opération furent très bonnes; la santé générale s'améliora; la suppuration diminua de jour en jour. Les douleurs avaient à peu près disparu; le malade pouvait soutenir la main dans la position horizontale. Vers le mois de septembre, inappétence, faiblesse, insomnie, toux réapparaissent. La suppuration devient abondante; les mouvements de l'articulation sont douloureux. Après beaucoup d'hésitations, M. Verneuil pratique l'amputation de l'avant-bras. Le lendemain une érysipèle subaiguë

envahit tout le membre supérieur et le thorax. Adynamie profonde ; mort 8 jours après l'opération.

Autopsie. Ne peut être faite. Mais nous avons la conviction que les poumons étaient en très mauvais état (Verneuil).

118. Tumeur blanche du poignet. — Résection. — Tuberculose pulmonaire consécutive. — Pas de guérison. — Aggravation des lésions pulmonaires. — Amputation de l'avant-bras. — Guérison rapide. — Nouvelle poussée des poumons, accompagnée du développement d'une arthrite fongueuse sterno-claviculaire. (Service de M. MICHEL.)

Damas (Sophie), 13 ans, entre à Saint-Léon le 24 mars 1882. Pas d'antécédents héréditaires. Habite un logement froid et humide.

Il y a 3 ans, a eu un *abcès* sur le dos de la main gauche qui a suppuré pendant un an. Peu de temps après sa guérison, en juin 1881, elle est prise de douleurs vives dans le poignet droit ; tout mouvement est douloureux. En même temps, il se forme une grosseur sur le dos de la main, du volume d'une noix, douloureuse à la pression, bien limitée, sans changement de coloration de la peau. La main est fléchie un peu et déjetée en dedans.

Venue à cette époque à la consultation, on lui immobilise le poignet dans une gouttière plâtrée et on lui prescrit des badigeonnages à la teinture d'iode. Les douleurs disparaissent rapidement, mais la tumeur persiste. Au bout d'un mois, elle enlève l'appareil et se remet à travailler.

Jusqu'en février 1882, l'état local ne se modifia pas, la jeune fille, sauf un peu de fatigue le soir, ne se ressentait pas autrement de son mal.

En février 1882, elle est atteinte de la fièvre typhoïde qui la fait entrer à Saint-Charles : elle évolua sans complication. Mais pendant ce temps, son affection locale reprend une marche aiguë ; la tuméfaction s'étend à tout le poignet, devient très douloureuse, surtout au moindre mouvement, la peau est violacée rouge.

De Saint-Charles, on la renvoie à Saint-Léon le 24 mars 1882.

La jeune fille est maigre, pâle, très faible. Cependant l'état général est satisfaisant. Elle ne tousse pas, les poumons ne présentent rien d'anormal, l'appétit est assez bon.

Le poignet droit est fortement tuméfié dans tout son pourtour qui est à peu près cylindrique. Il est rouge, douloureux à la pression. Sensation de fausse fluctuation. Petite fistule sur la face palmaire, dans le deuxième espace intermétacarpien, donnant très peu de pus.

La main est dans la flexion et dans l'adduction, sans mouvements spontanés. C'est à peine si les doigts peuvent exécuter quelques légers mouvements.

Diagnostic. Tumeur blanche de toutes les articulations carpiennes, carpo-métacarpiennes et radio-carpiennes. L'articulation trapézo-métacarpienne (pouce) semble seule intacte.

On fait une ponction exploratrice sur le bord interne du poignet ; il ne s'écoule que quelques gouttes de pus mélangé de stries sanglantes et de bourbillons. Une seconde ponction est faite sur le bord externe, et donne une assez grande quantité de la même matière : la tuméfaction du poignet s'affaïsse notablement.

On fait un pansement phéniqué simple et on immobilise le poignet sur une planchette.

Les jours suivants, on n'observe rien de particulier : la tuméfaction du poignet augmente et atteint son volume primitif.

La température est à 38° le soir.

Au commencement d'avril, les douleurs réapparaissent dans le poignet dont la peau est fortement distendue et menace de s'ulcérer sur sa face dorsale où elle est rouge-violacée, très-mince. C'est ce qui arrive le 4 avril. Cette ulcération atteint bientôt la dimension d'une pièce de 2 fr., son fond est tapissé de bourgeons exubérants, suppuration assez abondante.

Vers le 20 avril, l'état général laisse beaucoup à désirer. La température monte souvent jusqu'à 40° le soir, la jeune fille a perdu l'appétit, à un peu de diarrhée, est pâle, anémiée, tousse un peu ; la percussion du thorax ne révèle rien d'anormal. A l'auscultation on trouve, au sommet droit, une expiration très rude, prolongée. Rien à gauche, sueurs nocturnes. Le poignet suppure abondamment.

1^{er} mai. Résection du poignet faite par M. le professeur Michel. Il enlève l'extrémité du radius sur une hauteur de 1 1/2 ^{cm}, l'apophyse styloïde du cubitus et tous les os du carpe, sauf le trapèze qui est sain. Il nettoie avec soin toutes les surfaces mises à nu, et enlève tous les bourgeons fongueux. On fait un grand lavage de la plaie à l'acide phénique.

Immobilisation sur une planchette, et pansement ouaté simple.

Température du soir 39°, 1. Pouls 108.

Les jours suivants, on se contente de nettoyer avec soin la plaie et d'enlever le coton à mesure qu'il se décolle par la suppuration.

La température ne dépasse jamais 38° 5.

L'état général se remonte un peu : l'appétit revient, les selles sont régulières, les sueurs nocturnes diminuent. L'opérée tousse toujours un peu.

La suppuration est franche, de bonne nature, abondante, aucune douleur.

Le 11 mai, on met le membre dans une gouttière plâtrée et on fait des pansements phéniqués simples. La plaie à bon aspect : les bourgeons charnus couvrent toute sa surface.

La jeune fille se lève, va au jardin. L'état général est en excellente voie. L'appétit est bon, plus de sueurs ni de diarrhée.

Le 15 mai, on remplace le pansement phéniqué par l'iodoforme, et on cautérise au nitrate d'argent les bourgeons trop exubérants. Les bords de la plaie commencent à se rétrécir. Les doigts sont complètement dégorgés.

Le 20 mai. Après avoir été au jardin toute l'après-midi, elle est prise,

vers quatre heures du soir, d'un violent frisson, suivi de syncope. Dans la soirée, plusieurs accès de suffocation. Sueurs abondantes.

Température 39°8. Pouls 120.

Le lendemain, elle se plaint de douleurs vives au niveau de la région sus-claviculaire droite, d'une céphalalgie intense et de malaise général. Elle tousse un peu plus que d'habitude.

Percussion de la poitrine normale.

Auscultation. Murmure vésiculaire très rude dans toute l'étendue des deux poumons, souffle à l'expiration dans le sommet gauche, en arrière et au sommet droit, l'expiration est rude et prolongée. Pas de râles.

On redoute l'explosion d'une tuberculose aiguë. Vésicatoire sur la région sus-claviculaire droite. Heureusement, ces symptômes alarmants n'augmentent pas les jours suivants, et même s'amendent un peu. La température retombe presque à la normale ; le point sus-claviculaire disparaît. L'appétit revient, les sueurs nocturnes diminuent.

La plaie opératoire a bon aspect, la suppuration est bonne, la cicatrisation se fait, quoique lentement sur les bords.

Au mois de juillet, la malade peut soulever son poignet un instant et remuer un peu ses doigts. Toute la plaie est comblée par les bourgeons, mais la cicatrisation superficielle n'avance guère. L'état général se maintient bien.

A partir du mois d'août, le travail de réparation s'arrête presque complètement ; la plaie opératoire suppure très abondamment, la cicatrisation ne se fait pas, même une partie de la plaie, qui était fermée, suppure de nouveau.

Cet état se continue sans grandes modifications jusqu'au commencement de 1883. Malgré ce vaste foyer de suppuration, la santé générale se maintient assez bien ; les lésions pulmonaires ne font pas de progrès.

En janvier 1883, M. le professeur agrégé Weiss, chargé de la clinique, pratique l'*amputation* de l'avant-bras ; les suites furent très simples, la guérison rapide ; la réunion se fit en 15 jours, sauf un petit point.

Le quinzième jour, la malade est reprise des mêmes symptômes qu'au mois de mai : frissons le soir, fièvre intense, dyspnée, sueurs profuses, toux. L'auscultation révèle des symptômes très nets de tuberculose aux deux sommets : respiration soufflée et quelques râles surtout à droite. Respiration très rude dans les deux poumons.

En même temps se manifestent des symptômes d'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire droite : gonflement, rougeur, douleurs.

Traitement. Pointes de feu sur l'articulation malade et tout le devant de la poitrine.

Dès le surlendemain, les symptômes pulmonaires s'amendèrent de nouveau, la fièvre tomba et l'état général se refit un peu. Mais la lésion

de l'articulation sterno-claviculaire continua à évoluer. Il s'y forma deux fistules avec suppuration abondante.

C'est dans cet état que la malade quitta le service, le moignon est très bien cicatrisé.

Actuellement, l'articulation malade est à peu près dans le même état : les deux fistules donnent toujours une assez grande quantité de pus. Peu de douleur.

L'état général est mauvais : la jeune fille succombera certainement à sa lésion pulmonaire dans un temps assez rapproché.

Coude. 119. (ALBRECHT). Asper Barbara, 6 ans. Tumeur blanche du coude, abcès. Début spontané il y a trois mois. Conditions hygiéniques mauvaises. Résection 18 septembre. Pas de guérison. Carie de la clavicule et des deux tibias. Morte le 11 janvier de méningite tuberculeuse.

120. (Id.) Stauber Anna, 3 ans. Enfant scrofulo-tuberculeuse. Tumeur blanche traumatique du coude datant de un an. Résection le 1^{er} février. Fièvre, diarrhée, cachexie. Morte chez elle le 1^{er} mai, de tuberculose généralisée.

121. (LUCKE). Homme, 39 ans. Tuberculose pulmonaire. Tumeur blanche du coude. Résection. Mort de pyhémie.

122. (TEXTOR). Homme, 51 ans. Tuberculose pulmonaire. Carie de l'olécrane. Résection de l'olécrane. Pas de guérison. Meurt de sa phthisie vingt jours après.

123. (TEXTOR). Homme, 49 ans. Tumeur blanche du coude. Résection. Mort tuberculeux cinq mois après.

124. (TEXTOR). Homme, 50 ans. Carie traumatique du coude. Résection. Guérison. Meurt tuberculeux cinq ans après.

125. (ALBRECHT). Pascal, 24 ans. Antécédents bons. Tumeur blanche du coude datant de deux mois, spontanée, avec fistules. Début il y a deux mois. Résection le 11 novembre. Pas de guérison. Infiltration tuberculeuse du poumon gauche. Fièvre hectique.

Amputation du bras le 31 août 1877. Mort le 19 septembre, de tuberculose pulmonaire et rénale.

126. (Id.). Meyer, 31 ans. Antécédents bons. Tumeur blanche spontanée du coude datant de quatre mois. Fistules. Poumons sains. Depuis trois semaines, gonflement spontané du genou droit. Résection du coude le 2 décembre. Infiltration rapide du sommet droit. Fièvre, suppuration.

Amputation du bras le 25 janvier 1877. Pansement ouvert. Marche rapide de la phthisie. Mort le 13 mars. Infiltration et caverne des deux poumons. Tuberculose intestinale.

Épaule. 127. (ALBRECHT). Laudert, 15 ans. Parents et frère morts phthisiques. Carie tuberculeuse de l'épaule, datant de un an et demi, survenue sans cause appréciable. Garçon mal nourri.

Résection. Guérison régulière. En août 1877, il se forme de nouvelles

fistules en même temps que se développe une tuberculose pulmonaire qui enlève le malade en mai 1879.

128. (Id.) Honegger, 34 ans. Père mort phthisique, lui même a eu un abcès froid du sternum. Tumeur blanche de l'épaule, fistules dans l'aisselle. Début il y a un an. Albumine dans l'urine.

Résection le 3 juin 1879. Quitte le service avec des fistules. Mort phthisique en février 1882.

129. (Id.) Muller, 38 ans. Antécédents scrofulo-tuberculeux multiples. Scapulalgie suppurée, fistules. Début il y a un an. Grand abcès par congestion à la cuisse gauche.

Résection le 9 août 1869. Pas de guérison. Tumeur blanche du genou consécutive. Tuberculose pulmonaire et péritonéale. Mort le 11 juin 1870.

130. (LUCKE). Femme, 23 ans. Tumeur blanche de l'épaule. Résection. Guérison. Morte phthisique quatre ans après.

131. (TEXTOR). Homme, 17 ans. Fracture compliquée de l'humérus. Résection de la tête humérale. Guérison. Mort phthisique, onze ans après.

132. (Id.) Jeune homme, 12 ans. Fracture compliquée de l'humérus. Résection de la tête humérale. Guérison. Mort phthisique six ans après.

133. (VOLKMANN). K... 2 ans. Tumeur blanche du genou avec suppuration abondante. Fièvre continue. Amaigrissement rapide. Incision antiseptique et drainage. Mort de tuberculose aiguë le quarante-septième jour. (Thèse Nicolas).

134. (Id.) C... 9 ans. Arthrite fongueuse du genou. Arthrotomie antiseptique. Tuberculose généralisée. Résection du genou. Mort neuf jours après. (Id.)

Abcès tuberculeux.

135. (BRALLET). Homme de 34 ans. Entre à l'hôpital pour une parésie des membres inférieurs. Abcès par congestion dans la région lombaire qui est très douloureux. Les dernières côtes sont très sensibles à la pression.

Diagnostic. Carie vertébrale avec abcès comprimant la moëlle : la sensibilité postérieure de la douzième côte fait supposer qu'elle est atteinte de carie. On ouvre l'abcès, on résèque la douzième côte du côté droit ; on racle le côté droit de la douzième vertèbre dorsale qui est cariée, on fait une légère incision dans le canal rachidien dont il sort un pus épais. Pansement de Lister. Réaction très faible. La plaie se cicatrise et se réduit à une ligne très mince. Cinq semaines après l'opération, le malade se met à tousser ; il s'affaiblit rapidement et meurt au bout de trente-cinq jours.

Autopsie. Pleurésie purulente droite. Tubercules miliaires dans le poumon gauche.

136. (TEXTOR). X... 23 ans, matelot. Scrofuleux. Carie costale. Résection de la côte. Apparition de tuberculose. Mort 8 mois après l'opération.

Autopsie. Tuberculose généralisée. La côte s'était en partie reproduite.

137. Absès de la fosse iliaque. — Trépanation de l'os iliaque. — Pas de guérison. — Recrudescence. — Symptômes pulmonaires. — Nouvelle trépanation. — Marche rapide de la phthisie. — Mort. (TH. WEISS. *Étude sur la trépanation de l'os iliaque, etc.* Paris 1880).

Cardaillaguet, 23 ans, entre au service de M. Verneuil le 10 avril 1879. Mère morte tuberculeuse. Lui-même n'a pas d'antécédents scrofuleux marqués. Il est d'une constitution faible, maigre, pâle.

Entré une première fois au service en avril 1875, il présentait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une orange, de consistance cartilagineuse adhérente à l'os, peu douloureuse à la pression, dont le début remonte à quelques semaines.

M. Verneuil pose le diagnostic d'*ostéo-sarcome* de la fosse iliaque.

Au bout de quelques semaines de repos, le malade demande son exéat. Le volume de la tumeur n'avait pas changé.

Il rentre au service le 19 octobre 1875. La tumeur toujours aussi dure, avait un peu augmenté de volume. Au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque existe un orifice fistuleux laissant écouler un peu de liquide sanieux. Point de communication avec l'intestin.

M. Verneuil, abandonnant l'idée d'*ostéo-sarcome*, croit qu'il a à faire à un abcès parti de la fosse iliaque interne et ayant contourné la crête iliaque. Il fend largement le trajet, trépane l'os iliaque dont il enlève une portion assez considérable, et tombe dans le foyer dont il s'écoule des flocons molasses caractéristiques des foyers inflammatoires qui entourent un point d'ostéite.

Les suites de l'opération furent très simples. Le malade quitte le service le 20 janvier 1876 avec une cicatrisation complète de la plaie.

Pendant deux ans, il se portait très bien, malgré une petite fistule qui avait persisté et qui ne laissait écouler qu'un peu de liquide séro-purulent.

Au mois de mai 1878, apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque, des troubles digestifs ; plus tard de la fièvre, un écoulement abondant de pus par la fistule, un amaigrissement rapide. Depuis deux mois, il s'écoule par la plaie de la matière fétide, jaune-verdâtre (matières fécales).

État actuel. Le 10 avril 1879. Jeune homme maigre, cachectique, épuisé par la fièvre et la diarrhée. Empatement diffus de toute la fosse iliaque : la pression peu douloureuse fait écouler, soit du pus, soit un liquide jaune verdâtre (bile), soit des matières fécales. Il y a donc perforation de l'intestin. Viscères non altérés, sauf les poumons qui présentent quelques

signes suspects : expiration prolongée et soufflante en avant, diminution de la sonorité et de l'élasticité normale à la percussion.

Observé pendant un mois, le malade ne présente de particulier que des petits accès fébriles coïncidant avec une diminution dans l'écoulement par la plaie et disparaissant dès que cet écoulement se reproduisait. Ce qui fit conclure à M. Verneuil que ces accès fébriles étaient dus à la rétention de matière septique et non à l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Mai 1879. Aussi se décida-t-il à intervenir : il ouvrit largement le trajet, fit une nouvelle trépanation de l'os iliaque, enleva les fongosités qu'il rencontra, mais ne put trouver l'orifice intestinal.

Pendant une huitaine de jours tout alla bien. Puis l'état général se détériora rapidement sous l'influence d'une évolution rapide de sa tuberculose pulmonaire. La plaie ne présentait plus aucune tendance à la cicatrisation. Il se développa autour d'elle un érythème douloureux qui fit beaucoup souffrir le patient.

Le 15 juillet il succomba aux progrès de la phthisie pulmonaire qui avait marché avec une rapidité toute particulière *sous l'influence du traumatisme chirurgical*.

Autopsie. Les poumons sont farcis de tubercules miliaires dans toute leur étendue : aux deux sommets on trouve des noyaux de masses caséeuses en voie de ramollissement. La muqueuse intestinale est parsemée de granulations tuberculeuses dans toute l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et au niveau du cœcum.

138. Absès froid tuberculeux de la joue droite. — Ouverture. — Mal de Pott. — Ouverture d'un absès par congestion. — Tuberculose osseuse généralisée. — Granulie des poumons. — Mort. (CHARVOT. *Gaz. heb.* 1882.

K..., 23 ans, cavalier au 8^e dragons, entre au Val-de-Grâce le 2 juillet 1881. Son père est mort tuberculeux il y a cinq ans. Il est de constitution faible, d'un tempérament lymphatique. Pleurésie à 20 ans.

Présente à son entrée, un absès froid de la région parotidienne dont le début remonte à deux mois. L'état général est bon. Pas de symptômes pulmonaires. Comme le malade présente, quelques jours après, un peu de fièvre, et que l'absès est devenu douloureux, M. Gaujot fait une double ouverture à l'absès, y passe un drain. Pansement phéniqué.

L'exploration de la poche ne dénote aucune lésion osseuse.

La suppuration d'abord abondante diminue peu à peu, et l'engorgement de la région disparaît.

Au commencement d'août, apparaissent des bourgeons fongueux qui tapissent peu à peu toute la surface interne de la poche.

Peu de temps après son entrée, le soldat avait ressenti les premières atteintes d'un mal de Pott qui évolua assez rapidement, et détermina la formation d'un absès par la congestion dans le haut de la cuisse droite :

en même temps il avait des douleurs vives dans la région lombaire, dans la fosse iliaque droite et sur le trajet du nerf sciatique du même côté. Il est forcé de garder le lit.

Pendant le mois d'août et septembre peu de modifications dans l'état local. L'abcès parodontien est devenu fongueux, la lésion vertébrale fait des progrès.

En octobre, l'état général commence à s'altérer : fièvre vespérale (38°), perte de l'appétit, amaigrissement. Point de symptômes pulmonaires.

La branche montante du maxillaire inférieur est dénudée dans une étendue de 2^{cm} dans la poche.

En novembre et surtout en décembre l'état général s'aggrave d'une façon profonde et rapide. Le malade reste couché sur le côté et ne peut plus marcher à cause des douleurs vives dans le bassin. Peu d'appétit, face bouffie, fièvre vespérale 38°5. L'abcès par congestion de la cuisse droite devenant très volumineux, M. Gaujot le ponctionne le 23 décembre, puis le fend largement le 30. Lavages phéniqués. Dans le courant de ce mois, on découvre en plusieurs points, surtout sur les parois costales et au niveau du bassin, une série d'abcès froids développés sans douleurs.

A partir du 1^{er} janvier l'état du malade devient désespéré. L'œdème envahit les deux membres inférieurs, surtout le droit. La fièvre monte à 39° le soir. La diarrhée est continue, le malade va constamment sous lui. L'appétit est presque nul, l'affaiblissement extrême, l'œdème se généralise. K..., meurt le 15 janvier 1882.

Autopsie. Ostéite tuberculeuse de la branche montante du maxillaire inférieur du côté droit.

Mal de Pott dorso-lombaire, abcès par congestion des deux côtés, celui de gauche s'arrêtant dans la fosse iliaque.

Plusieurs points d'ostéite dans les diverses régions du bassin.

Plusieurs côtes présentent des lésions avancées d'ostéite tuberculeuse et sont détruites en certains points, et comme brisées par un projectile.

Plusieurs érosions tuberculeuses sur la surface externe et interne du crâne qui est même perforé au niveau de l'écaille du temporal gauche.

La dure-mère est épaissie par points, et recouverte d'un peu de pus, la pie mère est *intacte*. Le cerveau sain.

Adhérences pleurales multiples. Poumons farcis de granulations grises et dures dans toute leur étendue.

Le colon transverse présente une ulcération ayant détruit la muqueuse sur une étendue d'une pièce de 4 fr. Péritoine intact, le foie est gras, sans tubercules.

Reins et rate ne présentent rien de particulier, les organes génito-urinaires sont sains.

139. (CHEYNE. in BRALLET). W..., 24 ans, abcès du psoas occupant la

cuisse. Ouverture le 46 novembre 1875. Mort par épuisement et tuberculose le 47 mars 1877.

140. (CASSAUBON). X..., bons antécédents héréditaires et personnels. Coxalgie droite. Abscès multiples de la fosse iliaque et de la cuisse. Ouverture de ces abscesses. Mort rapide de méningite tuberculeuse.

Lupus.

141. (QUINQUAUD). Jeune fille, de tempérament lymphatique. Lupus de la face traité par la curette et le chlorure de zinc. (1879). Guérison complète en moins d'un an.

Dès 1880, symptômes de tuberculose pulmonaire, avec adénopathies cervicales. Morte de phthisie en 1882 (Besnier).

142. (QUINQUAUD). D... facteur des postes. Il y a quelques années, abscesses ganglionnaires suppurés rétro-auriculaires. Guérison.

Plus tard, développement sur la cicatrice d'un lupus des régions auriculaire, sous-auriculaire, rétro-auriculaire. Traité par M. E. Besnier par les *scarifications*, (1875) il guérit très bien. Ne présentait *pas de traces de tubercules dans les poumons*.

Moins d'une année après, à la suite d'une pleurésie le malade présente tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, avec plusieurs foyers de tuberculose osseuse.

Mort phthisique en 1879.

Tuberculose linguale.

143. (NÉDOPIL). Wilfing Éléonore, 52 ans. Sans antécédents. Ulcération tuberculeuse sur le bord droit de la langue. Rien d'anormal à la poitrine. Excision le 11 janvier 1876. Points de suture, guérison. En mars, la malade est faible, toussue ; sueurs nocturnes, mouvements fébriles chaque soir. Tuberculose rapide.

144. (NÉDOPIL). Cath. M., 68 ans. Pas d'antécédents. Ulcération tuberculeuse de la pointe de la langue à début lent, sans cause occasionnelle. Excision, guérison au bout de quatre jours. 20 mai 1878. Santé parfaite.

145. (NÉDOPIL). Herz, 32 ans, entre le 14 décembre 1875. Pas d'antécédents. Dit s'être mordu la langue il y a six semaines, d'où ulcération qui ne s'est plus cicatrisée. Excision aux ciseaux. Guérison par première intention.

146. (ENTÉNEUER). Homme de 54 ans, de famille saine, sans antécédents scrofuleux ou syphilitiques, atteint de bronchite catarrhale depuis plusieurs années. Présente depuis six semaines des ulcérations tuberculeuses du bord gauche de la langue, qui est gonflée, douloureuse. Différents gargarismes restent sans effet. Un ganglion sous-maxillaire gros comme un haricot. Diagnostic de carcinome. Extirpation, guérison rapide ; l'examen microscopique donne la nature tuberculeuse de la tumeur. Peu de temps après apparaissent les symptômes pulmonaires auxquels le malade ne tarde pas à succomber. Une nouvelle ulcération s'était formée sur la cicatrice de la précédente.

Tuberculose mammaire.

147. (DUBAR). Femme, 30 ans. Tumeur du sein, dure, bosselée, non fluctuante, pas de fistules. Aucune lésion viscérale appréciable. Amputation de la tumeur. Deux mois après, explosion d'une tuberculose pulmonaire avec engorgement ganglionnaire des deux côtés du cou. Mort quelques mois plus tard.

Autopsie. Les deux poumons sont remplis de tubercules et de petites cavernes. Tubercules des ganglions cervicaux. Dans la mamelle s'étaient formés deux nouveaux nodules commençant déjà à se ramollir.

Extension. — Compression.

148. (TH. CARRIER). Huner, 31 ans, atteint depuis quinze mois d'une tumeur blanche du poignet gauche. Entre au service de Broca le 12 novembre 1874. État général bon. Premier pansement compressif de A. Guérin

le 17 novembre ; deuxième, le 26 novembre, diminution de la circonférence du poignet de deux centimètres ; troisième pansement le 30 ; quatrième le 13 décembre, diminution de 2 1/2^m sur l'état primitif ; cinquième le 30, diminution de trois centimètres sur l'état primitif. Le 5 janvier 1875, on immobilise le poignet dans une gouttière plâtrée : badigeonnage à la teinture d'iode. A ce moment éclatent des symptômes de tuberculisation aiguë à forme typhique, avec symptômes pulmonaires, méningitiques et intestinaux.

149. (LANNELONGUE). Doublet, 12 ans et demi. Arthrite tuberculeuse du genou datant de trois mois, cause inconnue. Pas de lésions pulmonaires. A partir du 13 mai, badigeonnages à la teinture d'iode et compression élastique. Les 2 avril, symptômes de méningite à marche rapide ; le 14, Mort.

Autopsie. Tubercules miliaires jeunes dans les deux sommets. Granulations nombreuses dans les méninges.

150. (TH ROUX). B..., 24 ans, entre au service d'Ollier en juillet 1873. Tumeur blanche tuberculeuse du genou gauche datant de un an. Extension, cautérisation au fer rouge, immobilisation dans un appareil ouaté. 1^{er} septembre, symptômes de méningite tuberculeuse. 10, Mort.

Autopsie. Méningite tuberculeuse. Granulie des sommets.

151. (NEUMEISTER). Garçon de deux ans. Inflammation chronique du genou droit, suppuration, un peu d'infiltration périarticulaire. Traitement médical sans résultats depuis plusieurs mois, fièvre vespérale, amaigrissement. 12 Mars 1873, drainage, extension. Quatre jours sans fièvre. Pas de suppuration à partir du 5. Le 7 avril, fièvre de 40°, diarrhée, l'articulation va bien. 8 mai, mort. Tuberculose généralisée.



Deuxième Série

INDIVIDUS TUBERCULEUX DES POUMONS

Amputations.

Pied.

1. (CHASSAIGNAC). Remy, 39 ans, homme de lettres. Ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse gauche, datant d'octobre 1853. Entre à Lariboisière, le 15 mars 1855. Signes physiques et rationnels d'une tuberculose au 2^e degré.

Amputation de pied le 16 mars.

Sort le 15 avril : la plaie n'est pas totalement guérie, l'état général s'est notablement amélioré.

2. (CROCO). V..., 55 ans. Entre à Saint-Jean en janvier 1849, pour une arthrite métatarso-phalangienne du pied gauche ; fistules multiples. Dès le mois de juillet, affaiblissement, toux, sueurs, etc.

6 octobre, amputation.

Le 26, plaie guérie ; mais dépérissement, toux, formation de deux cavernes aux sommets.

Mort de phthisie avancée.

3. (VERNEUIL). X..., 38 ans. Antécédents scrofuleux. Tuberculisation au début. Etat général mauvais. Ostéite tarso-métatarsienne très-douloureuse. Amputation de Chopart. Guérison de la plaie en deux mois. Amélioration de l'état général. Mort phthisique 8 mois 1/2 après l'opération.

4. (*Arch. Langb.* t. II, p. 538). Femme, 29 ans. Carie des cuboïdes, fistules ; début 6 mois auparavant. Tuberculose au début. Etat de marasme qui semble dû à l'affection osseuse.

25 mars 1854. Amputation. Guérison locale au bout de quatre mois ; l'état cachectique fut long à céder. La malade quitte l'hôpital dans un état assez satisfaisant.

En 1858, 4 ans après, mort de phthisie pulmonaire.

5. (MICHAX). Henri E..., 22 ans. Lymphatique. En 1848 entorse du pied gauche. Dès lors début d'arthrite. Tousse depuis deux jours.

Actuellement : sueurs nocturnes, diarrhée, essouffement facile, fièvre hectique.

Le 18 janvier 1851. Désarticulation tibio-tarsienne, par le procédé J. Roux.

Le 21. Amélioration des symptômes généraux; gangrène du lambeau; ablation des points de suture.

Le 23. La diarrhée reprend, mauvais état général; hémorragie, suite des quintes de toux; mort subite le 3^e jour.

Autopsie. Dans le poumon gauche, tubercules au premier degré; une cavernule remplie de pus; à droite, tubercules, cicatrice d'une caverne.

6. (BLASIUS). Femme 20 ans. Tuberculose pulmonaire au début. Amputation de Chopart. Pas de guérison complète. Morte de phthisie 3 mois après l'opération.

Jambe.

7. (Service de M. Gross). Carie du tarse. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. — Amputation de jambe. — Ostéo-myélite chronique. — Guérison locale. — Amélioration générale.

Barothe Arthur, 21 ans, garçon brasseur, entre à Saint-Léon, le 27 août 1878.

Pas d'antécédents héréditaires. Aucune manifestation scrofulo-tuberculeuse antérieure.

Syphilis datant du mois de décembre 1877. Traitée dès le début: peu d'accidents.

Le 10 février 1878, en montant une échelle, pieds nus, il ressent une douleur très vive à la plante du pied au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Les jours suivants, cette douleur, nulle au repos, s'accroît par la marche, et s'irradie dans tout le pied.

Vers le 20 juin, il reste au repos durant douze jours, et met des cataplasmes sur son pied qui présentait des symptômes inflammatoires: chaleur, rougeur violacée, gonflement, douleurs spontanées, surtout la nuit, et à l'occasion des moindres mouvements.

Le 20 mars, le jeune homme va consulter un rebouteur qui se met à le masser: bientôt le pied enfla, et devient très douloureux. Des applications de sangsues, et un repos de quelques jours font disparaître tous ces phénomènes, et le malade peut de nouveau marcher: mais il persiste toujours quelques douleurs qui rendent la marche pénible.

Sur les conseils d'un voisin, il prend des douches froides sur le pied: mais au bout de deux ou trois jours, la tuméfaction augmente de telle façon, et les douleurs deviennent si fortes, que la marche fut bientôt complètement impossible.

Fin mai, le médecin traitant fait une ponction avec un trois-quarts: il ne s'écoule qu'un peu de sérosité louche. Cataplasmes. Repos. Le trajet fait par la canule reste fistuleux. Le 26 juillet, le malade est examiné à la consultation par M. le professeur Simonin. Un stylet introduit par la fistule, tombe sur une surface osseuse dénudée. Le trajet est garni de fongosités. L'examen n'est pas douloureux.

A partir du 26 juillet, durant trois semaines, le malade n'a plus de repos, tant les douleurs sont fortes. Le gonflement du pied augmente notablement. L'état général s'affaiblit. Sueurs nocturnes, surtout au niveau du cou. Toux sans expectoration. Peu d'appétit. Selles régulières. A son entrée, le 17 août, voici ce qu'on constate :

Le pied est déformé, la pointe tournée en dedans, avec une légère rotation du pied sur son axe, lui donnant un peu la forme d'un pied-bot varus. Tuméfaction notable, diffuse ; deux fistules conduisent, à travers des tissus fongueux, sur des surfaces osseuses dénudées. On peut affirmer que toute la deuxième rangée des os du tarse sont malades : probablement les métatarsiens sont pris, ainsi que l'astragale et le cuboïde.

L'articulation tibio-tarsienne semble intacte.

Le malade réclame l'amputation du pied qu'on lui refuse momentanément, en raison des accidents syphilitiques qu'il a présentés : on le soumet préalablement à un traitement spécifique. Du 27 août au 21 septembre on lui fait douze frictions mercurielles.

Depuis son entrée, l'état du malade a empiré : Il n'a point d'appétit, soif vive. Amaigrissement et faiblesse notables, vertiges, insomnie presque continuelle provoquée par les douleurs. Tousse un peu. Pas d'expectoration ni d'oppression. Thorax amaigri. Creux sus et sous claviculaires marqués.

En avant, sonorité faible sous la clavicule droite. Expiration légèrement soufflée. Sous la clavicule gauche, respiration rude, expiration prolongée pas de râles.

En arrière, submatité dans les deux sommets. Respiration rude, expiration prolongée. Craquements secs dans la fosse sus-épineuse gauche.

Rien au cœur.

Malgré les dangers d'une opération chez un individu, atteint de syphilis récente, et en même temps de symptômes de tuberculose pulmonaire non douteux, M. Gross décide *l'amputation de la jambe* qui est faite le 26 septembre, au 1/3 supérieur, par le procédé circulaire, avec une incision postérieure de la manchette. Précautions antiseptiques ordinaires.

Suture de la manchette, et drainage à la partie postérieure. Pansement de Lister. Le soir, la température est normale : l'opéré se trouve bien.

Suppuration du foyer opératoire. Pas de réunion des parties profondes. Périostite du tibia. Le 6 octobre, ouverture d'un abcès sur la face interne de l'os.

Le 29 octobre, frissons, répétés les jours suivants. Aspect couanneux de la plaie. État longtemps stationnaire. Le 11 novembre, deux nouveaux abcès du moignon. *Ostéo-myélite du moignon*.

Vers la fin d'octobre, le malade expectore des crachats striés de sang : l'examen de la poitrine ne révéla aucune aggravation des lésions existantes.

Le 30 novembre, les accidents ont disparu ; la plaie se cicatrise rapide-

ment. L'état général du malade s'améliore considérablement. On lui permet de se lever.

Vers la fin du mois de décembre, la guérison est complète : l'expiration soufflée persiste au sommet droit. Plus de râles. Il y a donc amélioration du côté des poumons.

La guérison s'est bien maintenue, comme on a pu le constater en mai 1879. Depuis sa sortie, l'état général est très bon ; signalons des tumeurs ganglionnaires qui se sont développées sur les régions latérales du cou.

8. (QUINQUAUD). Homme 34 ans, entre au service de Trélat en mars 1882. Hémophysies répétées depuis une dizaine d'années.

Présente dans le cours de l'année 1882, une série d'abcès froids sur diverses parties du corps. Ouverts par Trélat, ils guérissent rapidement.

En octobre 1882, début d'une arthrite tuberculeuse de la malléole interne et de l'astragale. Incision. Grattage. Guérison.

En janvier 1883. Arthrite aigüe de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation de la jambe le 21 janvier, malgré des symptômes pulmonaires au début. La réunion se fait par première intention.

9. (GERDY). Jeune fille phthisique et scrofuleuse, atteinte d'une tumeur blanche tibio-tarsienne.

Amputation de la jambe. Guérison rapide sans fièvre traumatique.

10. (HEYDENREICH). Homme de 26 ans, atteint depuis 14 mois d'une carie du tarse, et qui avait subi sans résultat une opération antérieure. Cet homme était tombé dans un état de faiblesse extrême, avec diarrhée, sueurs nocturnes, et signes non équivoques de tuberculose des deux poumons (matité, souffle, râles muqueux).

Amputation de la jambe. Malgré l'échec presque complet de la réunion par première intention, par suite de l'existence d'une adhérence très-étendue de la peau avec le tibia, l'état général ne tarde pas à se relever. La diarrhée cessa huit jours après l'opération ; les sueurs nocturnes, auparavant quotidiennes, devinrent moins fréquentes, pour disparaître complètement au bout de 4 mois. En même temps les forces revinrent ainsi que l'appétit, et le malade reprit bonne mine au moment de sa sortie, 4 mois et demi après l'opération, on constatait toujours de la matité et du souffle aux deux sommets, mais les râles muqueux avaient disparu.

11. (VELPEAU). Jeune fille atteinte d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Tuberculose pulmonaire au début diagnostiquée par Andral et Bouillaud, consécutive à la lésion locale. Amputation de la jambe. Guérison locale et générale. Revue deux ans après ; la santé est parfaite.

12. (MASCAREL). Libraire, 38 ans. Tumeur blanche tibio-tarsienne tuberculeuse pulmonaire consécutive. Amputation en mai 1875.

Le 5 septembre, la cicatrisation est complète. Les symptômes pulmonaires (râles muqueux et craquements) sont devenus rares. En mai 1876, hémoptysie. Rétablissement complet.

13. (PAQUET). Zilder, 35 ans. Depuis 3 ans, tumeur blanche du cou-de-pied droit, carie du calcaneum ; craquements humides des sommets, tuberculose au début.

Amputation de la jambe le 10 juillet.

Le 24, la plaie est vermeille, bourgeonne, le malade marche vers la guérison.

14. (DUMÉNIL). Baudribos, 23 ans. Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. Poussée tuberculeuse antérieure. Etat général assez mauvais. N'osant amputer le malade, on l'envoie à Amélie-les-Bains d'où il revient avec un état général excellent.

Amputation de jambe au 1/4 inf. par le procédé de Guyon. Sutures métalliques. Pansement à l'alcool, réunion primitive. Très-beau moignon. L'amputé peut reprendre son métier de tisserand avec un appareil Beaufort. Les symptômes pulmonaires s'étaient considérablement améliorés.

Mort de tuberculose pulmonaire 3 ans après l'opération.

15. (CADEAU). Sabathier, 34 ans, chapellier. Ostéo-arthrite du pied gauche. Tuberculose au début. Amputation de jambe au tiers inférieur en 1873. Guérison se maintenant près de deux ans. Puis en janvier 1875, début d'un mal de Pott ; les symptômes pulmonaires réapparaissent. Le 3 juin 1875, ouverture d'un abcès par congestion. L'état général s'aggrave rapidement, et fait craindre une mort prochaine.

16. (VŒLKERS). H..., 34 ans. Tumeur blanche tibio-tarsienne. Amputation de jambe. Tuberculose pulmonaire antérieure. Mort de phthisie sept semaines après l'opération.

17. (VŒLKERS). H..., 61 ans, tumeur blanche tibio-tarsienne. Tuberculose pulmonaire. Amputation de jambe. Mort trois semaines après de phthisie.

18. (WEBER). Jeune homme 22 ans. Tuberculeux. Amputation de jambe. Mort cinq jours après.

19. (DUMÉNIL). Magne, 27 ans. Arthrite fongueuse du pied. Amputation de la jambe au tiers supérieur. Sutures. Compresse froide. Secousses du moignon. Infection purulente. Tuberculisation du poumon gauche.

Mort onze jours après l'opération.

Le malade avait été examiné attentivement avant l'opération ; on n'avait pas découvert de traces de tubercules ; et cependant à l'autopsie on trouva des cavernes. En tous cas, la tuberculose pulmonaire était antérieure à l'opération.

20. (STANLEY). Tumeur blanche ancienne, tibio-tarsienne. Phthisie chronique. Amputation de jambe. Guérison rapide du moignon. Arrêt de la tuberculose pulmonaire.

Cette homme, pauvre, et vivant dans de biens mauvaises conditions, a été revu 14 ans plus tard : son état pulmonaire était resté stationnaire.

Cuisse.

21. (COUDRAY). E. Nicolas, 54 ans, entre au service de M. Nicaise, le 26 février 1883, pour une tumeur blanche suppurée du genou droit. Tuberculose pulmonaire au deuxième degré : état général assez bon. Amputation de cuisse le 2 mars. Réunion immédiate. Le malade sort, guéri, le 19 juin. L'état pulmonaire a été amélioré.

22. (BYANT. — *Lancet*, 1881, II, p. 742). Charles W., 23 ans, entre au service de Bryant, le 12 mai 1881, pour une tumeur blanche du genou dont le début remonte au mois de février 1878. Traitement antérieur par les révulsifs, l'extension et l'immobilisation. Le genou est entièrement désorganisé, en même temps le malade présentait des signes de tuberculose pulmonaire : souffle dans les deux sommets, plus marqué à gauche, à l'inspiration et à l'expiration, submatité.

Sonorité et respiration assez faibles. Expectoration muco-purulente. A eu des hémoptysies à plusieurs reprises.

7 juin. Amputation de la cuisse ; les suites de l'opération furent très simples.

Le 14 juillet, le malade est complètement guéri. La sonorité est redevenue normale au sommet droit ; elle est un peu moindre à gauche où l'expiration est encore un peu prolongée mais non soufflée. Murmure vésiculaire normal.

23. (HEYDENREICH). Homme de 29 ans, Tumeur blanche du genou datant de cinq ans. Perte d'appétit, amaigrissement, fièvre vespérale. Depuis quelques semaines il présentait des hémoptysies : enfin on percevait dans les deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire au début.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée et la plaie se réunit par première intention. Immédiatement l'état général se releva, la fièvre tomba, et les symptômes pulmonaires disparurent. Le malade prit de l'embonpoint. Toutefois il avait au même moment une suppuration de l'épididyme qui, depuis plusieurs mois déjà, présentait des noyaux d'induration.

24. (BAUDOIN). X..., 30 ans, robuste. Synovite fongueuse du genou gauche. Matité, souffle, quelques râles aux deux sommets.

Amputation de cuisse. Guérison rapide. Disparition des symptômes pulmonaires.

25. (ROUX). D..., 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en juin 1874. Tumeur blanche du genou datant de deux ans, très douloureuse, avec fistules depuis deux mois. Hémoptysies, toux, expectoration, sueurs nocturnes, perte d'appétit. Amaigrissement. Craquements au sommet gauche, avec expiration prolongée.

Amputation au 1/3 inférieur de la cuisse. Guérison rapide trois mois après, moignon parfait. Disparition des symptômes pulmonaires. État général excellent.

26. (TH. FINELLI, 1878, Montpellier, p. 35). M. C..., marin, 60 ans, entre à l'hôpital de la Conception le 30 juillet 1869, pour une tumeur blanche suppurée du genou droit remontant à deux ans.

Le malade toussait depuis une quinzaine d'années. Il avait eu des hémoptysies à diverses reprises. A l'auscultation, on observait au sommet droit et en avant de l'affaiblissement du murmure vésiculaire ; en arrière expiration prolongée.

Amputation le 3 août. Les suites de l'amputation furent bonnes ; le malade quitte l'hôpital, le 2 septembre, sans que les lésions pulmonaires eussent faits des progrès, dans un état général satisfaisant.

27. (MASCAREL). Sacristain, 35 ans. Tumeur blanche du genou datant de cinq ans. Tuberculose pulmonaire confirmée : matité aux deux sommets, souffle et craquements. Sueurs nocturnes. Diarrhée. Toux sèche. Expectoration grumeleuse.

Amputation de cuisse. Guérison régulière. Les symptômes pulmonaires tendent à disparaître. Revu deux ans après, la santé était excellente. Mort de fluxion de poitrine cinq ans après.

28. (COUDRAY). D. Désiré, 44 ans. Entre à l'hôpital Lænnec, service de M. Nicaise, le 21 octobre 1882, pour tumeur blanche du genou droit dont le début, remontant à huit mois, est attribué à un traumatisme. Symptômes pulmonaires peu accentués, auraient précédé la manifestation articulaire.

Amputation de cuisse le 2 février. Réunion immédiate. Guérison régulière et rapide de la plaie.

Mort phthisique trois mois après.

29. (LEROUX). Enfant, 5 ans. Tuberculose pulmonaire. Tumeur blanche suppurée du genou. Amputation de cuisse. Mort le onzième jour. Tubercules dans les deux poumons. Masse caséuse du sommet droit.

30. (VERNEUIL). Femme, 39 ans. Tuberculose pulmonaire au début. Tumeur blanche du genou et du pied. Amputation de cuisse le 24 août 1876. Guérison presque complète le 13 octobre. Puis marche rapide de la phthisie. Mort en janvier 1877.

31. (Id.) Homme, 33 ans. Ostéo-arthrite très douloureuse du genou. Signes certains de tuberculose pulmonaire. Amputation de cuisse. Cicatrisation complète du moignon. Puis marche rapide de la phthisie. Mort trois mois et huit jours après l'opération.

32. (LEROUX). Homme, 38 ans, très faible. Signes de tuberculose pulmonaire, fièvre, sueurs. Amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou. Mort de tuberculose rapide la septième semaine. (Wahl).

33. (Id.) Homme, 59 ans. Tuberculose pulmonaire ancienne, à marche chronique. Tumeur blanche du genou. Amputation de cuisse. Mort de pyhémie.

Caverne ancienne et foyers caséux : pas de tubercules récents.

34. (CLIPET). Th. B..., sculpteur, 18 ans, entré à l'hôpital St-Louis pour une affection articulaire datant de janvier 1864, et produite, au dire du malade, par un coup de pied dans la région tibio-tarsienne. Quinze mois

après cette violence, l'articulation avait acquis un volume énorme ; le tibia devint malade, et un abcès ossifluent donna issue à un flot de pus fétide.

Le 7 décembre 1865, M. Guérin pratique l'amputation de la cuisse. Malheureusement, l'opéré était sous le coup d'une diathèse tuberculeuse, qui, dès le début, retarda la marche de la cicatrisation, et, au bout de quelques mois, se traduisait par de la fièvre hectique et du marasme. Sous l'influence de l'amaigrissement, et sans doute de l'accroissement du membre, le moignon devint conique. La peau, distendue, s'amincit. En face de l'état général de plus en plus mauvais, on n'osa intervenir, et on envoya le malade à la campagne. Le 10 février 1866, Laborie prévint l'ulcération prochaine du moignon. Il ne voulut cependant pas l'opérer, à cause de l'état avancé de la diathèse. Une diarrhée colliquative rebelle se déclara. Il s'y joignit une éruption de muget. Malgré cela, le malade ne succomba que le 17 mars.

Autopsie. Les deux poumons sont farcis de tubercules crus et ramollis. Le fémur est atteint d'ostéo-myélite. Au milieu du liquide remplissant la cavité médullaire, agrandie par la raréfaction de ses parois, liquide dont la couleur et la consistance rappelait la sauce tomate, on trouva des tubercules enkystés de l'os.

35. (HERVEY). Papet, 48 ans. Cachexie scrofuleuse avancée. Phthisie au 3^e degré. Tumeur blanche suppurée du genou. Amputation de la cuisse le 30 novembre. Pansement ouaté. Mort subite le 8 décembre.

Autopsie. Pas de lésion expliquant cette mort subite.

36. (PAQUET). Rapney M., 7 ans. Entre à St-Eugénie le 1^{er} janvier 1867 (service de Mayolus). Tumeur blanche du genou droit ayant débuté il y a trois ans sans cause appréciable. Pas d'antécédents héréditaires. Genou gonflé, fluctuant, pas de fistules, pas de douleurs spontanées, mouvements provoqués très-douloureux. Extension et immobilisation dans une gouttière.

Au commencement d'avril, la tuméfaction augmente, le genou devient très-douloureux. Une ponction fait écouler un liquide séro-purulent. A partir de ce moment la suppuration est abondante, fétide. Sueurs nocturnes, affaiblissement rapide.

21 mai. Amputation de la cuisse.

L'état général s'aggrave rapidement, l'enfant refuse tout aliment, fièvre intense, sueurs profuses.

1^{er} juin. Mort.

Autopsie. Traces de méningite sans tubercules. Tubercules dans les deux poumons, à diverses périodes. Etat gras du foie et des reins.

37. (*Bull. Soc. Anat.*, 1867, p. 403). D..., 3 ans, entre le 3 avril à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Marjolin. Tumeur blanche du genou, datant de six semaines.

Le 20. Etat général grave, douleurs vives, fièvre intense ; râles dans toute

la poitrine, respiration rude aux deux sommets, surtout à droite; soupçon de tuberculisation.

Amputation de cuisse au tiers inférieur, pourriture d'hôpital; mort le 30.

Autopsie. Nombreux tubercules dans les deux poumons, surtout aux bases; quelques-uns ramollis.

38. (Service de M. Gross). Tumeur blanche du genou. — Tuberculose pulmonaire. — Amputation de cuisse. — Mort sept mois après l'opération.

Baudoin (J.), 19 ans, domestique. Antécédents héréditaires douteux. Fait remonter le début de son affection du genou à l'âge de un an, n'a pu marcher qu'à trois ans. A six ans, il entre à la Maison de Secours d'où il ne sort qu'à l'âge de treize ans, à peu près guéri. Il peut se placer comme garçon de ferme; mais au bout d'un an, à la suite d'une chute sur son genou malade, sa jambe se rétracte sur la cuisse. Il rentre à la Maison de Secours où on lui fait l'extension brusque de la jambe, en 1883. Immobilisation.

Sorti de l'hôpital, il put de nouveau travailler jusqu'il y a 15 jours; depuis ce moment, il s'aperçut de la formation d'un abcès au niveau du genou.

Depuis deux ans il tousse et crache; cet hiver il a eu trois hémoptysies.

Entre à Saint-Léon le 30 avril 1877.

Etat du malade au mois de juillet. Arthrite fongueuse du genou gauche, jambe fortement fléchie sur la cuisse, le tibia en subluxation en arrière: une ouverture fistuleuse sur le côté externe de l'articulation conduit le stylet explorateur sur le condyle externe du fémur qui est carié. Douleurs intenses exagérées par le moindre mouvement imprimé au membre. Etat général mauvais, anémie profonde, amaigrissement considérable.

Poumons. Matité, expiration soufflée et craquements humides sous la clavicule droite. Submatité, inspiration rude, expiration prolongée sous la clavicule gauche.

Matité dans les fosses sus et sous-épineuse droite, submatité à gauche. Craquements au sommet droit; inspiration rude et expiration prolongée à gauche.

D'avril en septembre, le membre est immobilisé dans un appareil. Le genou continu à suppurer et ne manifeste aucune tendance à la guérison. Les symptômes pulmonaires s'aggravent: en avant et à droite, il existe un souffle caverneux avec gargouillements très limités. En arrière les lésions se sont peu étendues.

Baudoin étant obligé de garder le lit, M. Gross s'est demandé si l'amputation de cuisse, avec les chances de guérison par première intention que donne la méthode de Lister, ne mettrait pas le malade dans des conditions meilleures, en permettant son transport en jardin, et en lui rendant peut être la marche possible avec des béquilles.

L'amputation de la cuisse est décidée et faite le 26 septembre 1877, au

tiers inférieur par le procédé circulaire, à manchette fendue en arrière, d'après la méthode de Lister. Sutures et drainage.

Les jours suivants la température du soir ne dépasse pas 38°. L'état général reste satisfaisant.

Pas d'accident primitif. Sutures enlevées le septième et le huitième jour. Réunion de la plaie par première intention, même contre le fémur, sauf sur le trajet du drain. Toutefois le moignon reste légèrement douloureux, présente un peu de gonflement, et parfois un peu de rougeur.

Vers le douzième jour, les téguments présentent un peu de tendance à se rétracter. Pour empêcher le tiraillement de la cicatrice en partie réunie, on applique sur la manchette, un petit appareil à traction continue.

La cicatrisation du trajet du drain ne se fait toujours pas.

A partir du 20 octobre, il survient un gonflement du moignon. Vers le 28, on remarque la formation d'un abcès à la partie inférieure du moignon qui est très-douloureux, rouge et gonflé. Les téguments se décollent. Le pus s'écoule par la fistule. Bientôt le stylet conduit sur la face interne du fémur qui a été dénudé par la suppuration. Cet état devient stationnaire.

Aggravation progressive de la phthisie pulmonaire qui enlève le malade le 14 avril 1878, sept mois après l'opération.

39. (Service de M. Gross). Ostéo-arthrite supurée du genou droit. — Tuberculose pulmonaire. — Amputation de cuisse. — Mort de septicémie le sixième jour.

Mangin Nicolas, 17 ans, cultivateur. De famille saine, sans antécédents scrofulo-tuberculeux. Il y a un an, sans cause connue, il a vu son genou augmenter de volume, et devenir douloureux, surtout pendant la marche.

Il y a trois mois, il s'est formé une fistule qui suppure peu. Etat du malade à son entrée à l'hôpital, le 25 février 1879.

Jeune homme maigre, pâle, muqueuses décolorées. Pas de traces de scrofulose. Tousse un peu, sans cracher. Apyrexie.

L'examen de la poitrine révèle de la submatité aux deux sommets et une expiration souflée et des râles sous-crépitaux. L'appétit est bon. Pas de diarrhée.

Tuméfaction périarticulaire peu prononcée. Point de liquide dans l'articulation. Mouvements du genou peu douloureux.

Traitement : immobilisation dans une gouttière plâtrée. Révulsion. Régime tonique.

L'état local et l'état général s'aggravent assez rapidement : la suppuration s'établit dans le genou. La température monte à 39,40 le soir.

Le 11 mars, M. le professeur Gross fait l'amputation de la cuisse à la partie moyenne, pour ainsi dire, in-extremis. Procédé circulaire. Méthode antiseptique. Sutures au fil d'argent. Pansement antiseptique.

L'autopsie du membre démontre une ostéo-arthrite suppurée avec carie de l'épiphyse tibiale et suppuration périarticulaire.

Déjà la veille de l'opération, le poignet gauche était douloureux et un peu tuméfié : cette complication est rapportée à l'existence d'une pyhémie antérieure à l'opération.

Après l'opération la pyhémie suit son cours. Frissons. Température élevée. Pouls fréquent. Points de côté. Teint ictérique. Traitement par le sulfate de quinine à haute dose. Mort.

Autopsie. Poumons congestionnés, présentent à chaque sommet plusieurs petites cavernules entourées de tubercules à diverses périodes.

Infarctus pulmonaires. Rate volumineuse et ramollie. Arthrite métastatique du poignet gauche. Abscès métastatiques des muscles fessiers gauches.

40. (CURLING). Garçon, 7 ans, très-épuisé par la suppuration, le décubitus, la diarrhée.

Carie de la tête et du col avec nécrose étendue de la diaphyse du fémur gauche.

Désarticulation après deux opérations exploratrices antérieures.

Mort 5 semaines après. La plaie est presque cicatrisée.

Tuberculose miliaire des poumons.

41. (MARSHALL). X... Tumeur blanche suppurée du genou. Tuberculose pulmonaire. Amputation de cuisse. Guérison de la plaie. Mort de phthisie quatre mois après.

Bras.

42. (Service de M. WEISS). Tumeur blanche du coude. — Tuberculose pulmonaire au début. — Amputation du bras. — Guérison locale et générale.

Femme, 32 ans, entre à Saint-Léon en novembre 1880, pour une tumeur blanche suppurée du coude droit, datant de plusieurs mois, avec fistules au niveau de l'épitrachlée datant de un ou deux mois. Gonflement considérable. Douleurs spontanées, exagérées fortement par le moindre mouvement.

Etat général grave caractérisé par de la fièvre, des troubles digestifs, un faciès altéré, des lésions pulmonaires.

Poumon gauche. Matité au sommet avec craquements.

Poumon droit. Rien de bien accusé.

Tousse un peu. N'a jamais eu d'hémoptysie.

Le membre est immobilisé dans un appareil silicaté. Au bout de quelque temps, les douleurs devenant très fortes, on enlève l'appareil, et on trouve un gonflement flegmoneux de toute la région du coude. Une incision faite au niveau du biceps ne ramène pas de pus. Le lendemain on trouve une fusée purulente au devant du pli du coude. Incision. Drainage. Appareil plâtré.

Pendant une quinzaine de jours, on se contente de surveiller la marche de l'affection locale et générale. La fièvre persiste à 39°. Les douleurs sont très vives.

Le 28 novembre, malgré cet état général assez mauvais, M. le professeur agrégé Weiss se décide à amputer le bras. Suture des lambeaux.

Dès le lendemain chute de la température à 36°.6. Les jours suivants tout alla pour le mieux : la réunion se fit régulièrement et fut complète au vingt-et-unième jour. Le moignon est en parfait état. L'état des poumons semble s'améliorer.

Cependant quelques jours après, la malade se remet subitement à tousser, la cicatrice présente une légère ulcération qui fait craindre une lésion osseuse.

Compression ouaté, puis cataplasmes, vésicatoire sur la poitrine. Au bout de quelques jours, tous ces symptômes avaient disparu.

14 janvier 1881. Cicatrice belle, sauf deux légères excoriations. Os volumineux, atteints probablement d'un léger degré d'ostéite.

État général bon : ne tousse plus ; les signes physiques ont presque totalement disparu. Les règles, supprimées depuis quatre mois, sont revenues. Mine excellente.

Revue deux ans après, elle présentait toujours l'aspect d'une santé florissante.

43. (CLIPET). M. Sébastien, imprimeur, 50 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu en 1866 avec une tumeur blanche suppurée du coude gauche dont le début remonte à deux ans. Après plusieurs mois de traitement, ne voyant pas d'amélioration, le malade demande l'amputation : Laugier refuse de la pratiquer à cause de l'état général du malade. Celui-ci avait eu des hémoptysies à plusieurs reprises, depuis une période de quinze ans, toussant plus ou moins. A l'auscultation, on trouve au sommet du poumon droit, en avant, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, avec expiration prolongée aux deux sommets, en avant et en arrière. Matité aux deux sommets.

On envoya le patient à Vincennes. Laborie, ayant constaté l'état général du malade qui n'avait ni fièvre, ni insomnie, ni troubles digestifs, ni sueurs nocturnes, et présentant en un mot un état général très satisfaisant, consent à l'amputation qui est faite le 10 juin.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Le 25, la plaie est entièrement guérie. La cicatrice, obtenue en partie par réunion immédiate, en partie par réunion secondaire, est linéaire : le moignon est très beau.

Dès les premiers jours de l'opération, l'état général s'améliore ; l'appétit revient peu à peu ; le malade reprend de l'embonpoint. Il quitte l'asile le 31 août dans un état de santé dont il n'a pas joui depuis longtemps. Il tousse toujours un peu, et les signes physiques du poumon ne se sont pas modifiés. Nous avons vu l'opéré au mois de janvier suivant. Depuis l'opération il s'est très bien porté, ne toussant qu'un peu le matin. La maladie du poumon n'a pas fait de progrès. Le malade est ivrogne.

44. (WÖELKERS). Femme, 27 ans, tumeur blanche du coude. Amputation du bras. La malade était atteinte de tuberculose pulmonaire datant de

longtemps, pour laquelle elle avait été soignée en médecine. Pour cette raison, on préféra l'amputation à la résection. Guérison de la plaie.

45. (GERDY). Un enfant présentant tous les signes de la phthisie, était en même temps affecté d'une tumeur blanche avec carie du coude droit : toux, diarrhée, marasme.

Quand je le vis marcher rapidement vers la tombe, j'amputai le membre malade. Point de fièvre traumatique. L'enfant recouvre des forces, l'état général s'améliore. Mort deux ans après phthisique.

46. (LEROUX). Goulier, 36 ans, entre au service de M. Verneuil, le 24 avril 1879.

Vit dans la misère, toussé et crache depuis trois ans, et a beaucoup maigri. Au mois de décembre dernier, il a été opéré pour une fistule à l'anus qui n'a pas guéri. Début de la tumeur blanche du coude au commencement de mars.

Il est maigre, pâle, cachectique, sans appétit. Sueurs profuses, fièvre vespérale.

Ramollissement tuberculeux des deux sommets : respiration soufflante et râles muqueux nombreux.

Le coude est fortement gonflé, très douloureux, pas de fistules.

Pendant deux mois, on se contente d'immobiliser la jointure : l'état local et général s'aggrave, et les lésions pulmonaires font des progrès : affaiblissement rapide du malade. La température se maintient au-dessus de 38°.

Devant ces symptômes alarmants, M. Verneuil se décide à faire l'amputation *palliative* du bras, dès le soir, la température tombe à 36°,6,

Les six premiers jours, tout alla pour le mieux, puis survient un hoquet persistant, la toux devient fréquente, quinteuse, l'expectoration abondante ; sueurs nocturnes, fièvre hectique, la cicatrisation se fait lentement, sans suppuration.

Les symptômes généraux et pulmonaires s'accroissent de plus en plus, et l'opéré succombe le vingt-huitième jour après l'opération.

Autopsie. Petites cavernes, et infiltration générale des deux poumons.

Avant-bras.

47. (HERVEY). B..., 26 ans. Tumeur blanche du poignet datant depuis six mois. Suppuration abondante. Destruction des os du carpe. Douleurs vives. Tuberculose pulmonaire au 3^e degré.

Amputation de l'avant-bras, le 27 septembre par Panas. Mort treize jours après. L'amputé n'a pas souffert de l'avant-bras.

Autopsie. Destruction presque complète du parenchyme pulmonaire.

48. (CROCQ). Eve J... Depuis six mois, tumeur blanche du poignet, oppression, craquements aux deux sommets, fièvre, sueurs nocturnes, inappétence.

Octobre 1846, amputation de l'avant-bras.

D'abord tout marcha bien. Cessation des phénomènes alarmants ; la

cicatrisation marche lentement. Au bout de deux mois, elle n'est pas complète.

Janvier 1847, toux plus forte; l'amaigrissement reprend. Développement de souffle caverneux et de gargouillement aux deux sommets. Péritonite tuberculeuse.

Mort en juillet 1847; pas d'autopsie.

Résections.

Pied. 49. (Service de M. Gross). Lacour, 32 ans, chevilleur, entré à la fin de septembre 1877.

Carie du 2^e métacarpien de la main droite. Tuberculisation pulmonaire commençante. État cachectique très prononcé.

Résection de la moitié inférieure de cet os le 40 octobre, par la méthode antiseptique. Drainage. Eponge antiseptique. Pansement antiseptique.

Suppuration du foyer traumatique, mouvement fébrile insignifiant. La guérison ne se fait pas. Sorti non guéri.

L'opéré se représente à l'hôpital en décembre. La guérison n'est point complète. Il persiste une fistule par laquelle s'écoule une quantité assez notable de pus. Le malade est amaigri, pâle, cachectique. Symptômes pectoraux confirmés.

Mort de phthisie pulmonaire, trois mois après, c'est-à-dire 6 mois après l'opération.

50. (OTTO BENTHIN). Henriette Billenberg, 7 ans, de famille saine. Début d'une tumeur blanche tibio-tarsienne vers le nouvel an 1877. Articulation gonflée, mouvements presque indolents, fistule au niveau de la malléole externe conduisant sur l'os dénudé et friable. Tumeur fluctuante près de la malléole interne.

Souffle léger au sommet gauche. Murmure vésiculaire rude. Son un peu tympanique.

Résection de l'articulation le 7 juin. Suture, un drain, désinfection au zinc, pansement de Lister. Atelle de Volkmann.

Le premier pansement reste 8 jours.

Le 14 on enlève les sutures; une prolifération exubérante de granulations est combattue par une injection de solution de Lugol, et un pansement compressif.

Le 3 novembre, la malade sort dans un état général et local excellent, il n'existe plus qu'une légère fistule du côté interne, ne donnant que très peu de pus.

51. (ALBRECHT). Muller, 40 ans. Il y a deux ans, carie d'un doigt, désarticulation, guérison. Tumeur blanche tibio-tarsienne à développement rapide, suppurée, à début spontané, fistules. Résection le 28 mai. Ictère, frissons. Mort le 23 juin.

Autopsie. Pyhémie, pleurésie purulente, caverne pulmonaire et tubercules disséminés et agglomérés.

52. (VERCHÈRE). Gué... Th., 29 ans. Entre au service de M. Verneuil le 13 février 1833. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Ostéo-arthrite métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, consécutive à un traumatisme.

A un peu maigri, ne tousse pas.

Submatité au sommet droit. Respiration rude, et quelques craquements.

Rien à gauche.

21 février. Résection de la tête du premier métatarsien, en laissant le gros orteil. Raclage des fongosités.

La cicatrisation profonde se fait rapidement, mais le malade maigrit, tousse beaucoup, a des points de côté, des sueurs nocturnes, des accès de fièvre vespérale. Matité aux deux sommets, et râles sous-crépitaux généralisés. Rentre dans sa famille.

Genou.

53. (SYDNEY JONES). H. W..., 30 ans, pharmacien. Entre le 28 avril 1871, pour une tumeur blanche du genou gauche datant de 5 ans. Le malade tousse depuis longtemps, induration des deux sommets, surtout à droite.

Résection le 17 mai.

Au mois de décembre le malade marche facilement sans l'aide de bâtons ni de béquilles. La santé était excellente.

54. (MULVANY). Femme 26 ans. Tumeur blanche du genou. Tuberculose pulmonaire au début. Résection. Guérison rapide de la plaie. Amélioration de l'état général.

55. (ALBRECHT). Hartmann, 20 ans. Pas d'antécédents. Tumeur blanche du genou, fistules. Sommets suspects. Résection le 5 juillet 1869, fièvre hectique. Développement rapide de la phthisie pulmonaire. La plaie guérit. Le malade sort, son état général se remet. Mort phthisique en 1882. Le genou était redevenu fistuleux.

56. (LUCKE). Femme 40 ans. Arthrite fongueuse du genou. Tuberculose pulmonaire. Résection du genou. Meurt de pyhémie.

57. (Id.). Fillette 4 ans. Arthrite fongueuse du genou. Tuberculose pulmonaire. Résection. La guérison est presque complète, lorsque l'enfant meurt de ses lésions pulmonaires.

58. (PENIÈRES). Homme 40 ans. Tuberculose pulmonaire avancée. Résection du genou. Mort le treizième jour. (Langenbeck).

59. (Id.) Femme 35 ans. Tuberculose pulmonaire avancée. Résection du genou. Meurt de sa phthisie le dix-septième jour. (Fergusson).

60. (Id.). Jeune fille 22 ans. Phthisique. Résection du genou. Mort le quinzième jour. (Waston).

61. (CASSAUBON). Car. Dye, entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1882. Petite fille, pâle, maigre, à facies tuberculeux, toussé. Respiration soufflante et expiration prolongée au sommet droit.

Arthrite tuberculeuse du genou droit.

Résection, le 22 juin, par Ollier ; à la suite de l'opération, il y eut, du côté du genou, des fusées purulentes dans le creux proplité. Puis les accidents locaux se sont apaisés ; actuellement la suppuration persiste par les drains qui ont été laissés en place, mais sans douleur et sans fièvre.

Octobre 1882. L'état général est inquiétant ; pendant quelques jours on a craint l'envahissement d'une méningite tuberculeuse, et aujourd'hui les lésions pulmonaires ne laissent aucun doute sur une mort prochaine.

62. (BERNARD). Cath. B., 18 ans. Tumeur blanche du genou droit consécutive à un traumatisme. Plus tard, se développèrent des signes de tuberculose aux deux sommets. A son entrée, léger mouvement fébrile vespéral.

Résection du genou, le 24 avril 1871.

Après cinq semaines, guérison de la plaie opératoire sauf une petite fistule. Quelques temps après, formation d'un abcès périarticulaire. Toux, amaigrissement rapide, fièvre hectique.

Au mois d'août, érysipèle. La tuberculisation fait de rapides progrès.

Mort, le 10 septembre, de phthisie galopante.

63. (ALBRECHT). Diggelmann, 21 ans. Individu faible, peu développé. Tumeur blanche du genou, fistules, douleurs. Poumons suspects. Résection, le 19 janvier 1874. Immédiatement après l'opération, vomissements incoercibles, puis coma. Mort deux jours après.

Induration tuberculeuse des deux sommets. Abcès des reins.

64. (Id.) Suremann, 16 ans. Tumeur blanche du genou datant de six mois, fistules. Poumons suspects. Résection, le 2 juin 1880. Point de tendance à la guérison. Amputation de cuisse, le 6 août 1880. Guérison rapide.

65. (Id.). Fellmann, J., 17 ans, de famille tuberculeuse ; antécédents scrofuleux, jeune homme maigre, pâle ; poumons suspects. Tumeur blanche du genou ; pas de fistules. Résection le 4 juin 1874 ; fièvre, suppuration profuse de la plaie, symptômes pulmonaires manifestes. Amputation de cuisse, le 5 novembre 1874. La fièvre disparaît rapidement, l'état général se refait et le malade sort guéri.

66. (VOELKERS). Homme, 25 ans. Suppuration profuse du genou. Le 24 mars, résection du genou. A cause de la suppuration de la plaie, on fait l'amputation de la cuisse le 21 juin.

Mort d'épuisement trois jours après. Tuberculose avancée des poumons.

67. (TOISTIVINT). Enfant, 9 ans. Coxalgie suppurée. Symptômes de tuberculose pulmonaire au début ; état général mauvais. Résection de la hanche. Guérison. Disparition des symptômes pectoraux ; état général, bon.

Hanche.

68. (SYMANOWSKI). Garçon de 8 ans, scrofuleux, atteint d'une coxalgie suppurée, consécutive à un léger traumatisme.

Symptômes douteux aux deux sommets. Etat général, mauvais.

Résection de la hanche. Accidents pulmonaires et intestinaux avec fièvre, diarrhée, et état général très mauvais. Après quelques mois seulement, ces symptômes s'amendèrent, et 13 mois après l'opération, la guérison fut complète.

L'état général était excellent.

69. (BUSCH). Augustine Küster, 20 ans. Coxalgie suppurée qui a débuté il y a cinq ans. Depuis un an, abcès ouvert à la partie externe de la cuisse ; suppuration abondante. Affaiblissement rapide de la malade. Symptômes pulmonaires manifestes.

Comme la mort semble certaine, l'on n'intervient pas activement, on résèque la hanche ; extension continue.

La guérison se fait régulièrement, l'état général s'améliore, et trois mois après l'opération, il ne reste plus qu'une légère fistule. La malade marche à l'aide d'un appareil. L'état général est excellent.

70. (FOCK). Garçon de 14 ans. Carie de la hanche. Faiblesse, sueurs nocturnes, hémoptysies, toux, symptômes pulmonaires. Résection de la hanche. Guérison. Disparition des symptômes pectoraux (Hancock).

71. (Id.). Garçon de 7 ans et demi. Carie de la hanche. Signes objectifs et subjectifs de tuberculose pulmonaire. Résection. Guérison. Disparition des signes pectoraux. (Erichsen).

72. (GOOD). Jeune homme de 20 ans. Coxalgie suppurée datant de 5 mois. Signes de phthisie pulmonaire au début. Résection de la hanche. Guérison. Meurt tuberculeux 18 mois après.

73. (TEXTOR). Jeune homme, 18 ans. Tuberculose pulmonaire. Coxalgie. Résection de la hanche. Meurt 4 jours après.

74. (GOOD). Garçon, 7 ans. Coxalgie traumatique datant de 8 mois.

Symptômes douteux aux 2 sommets. Résection de la hanche. Meurt 3 mois après l'opération. Les 2 poumons sont remplis de tubercules avec une caverne à chaque sommet. (Humphry).

75. (LUCKE). Jeune homme, 27 ans. Coxalgie. Tuberculose pulmonaire. Résection. Meurt phthisique quelques temps après.

76. (FOCK). Høher (Ernest), 22 ans, domestique, sans antécédents. Coxalgie droite attribuée à un refroidissement en mai 1839. Les moyens locaux étaient restés impuissants.

En mi-septembre 1839, toute la région est augmentée de volume, douloureuse ; la tête fémorale a quitté la cavité cotyloïde. On ne constate pas de collection purulente.

Etat de la poitrine. Matité au sommet droit avec respiration obscure, pas de toux ni d'exspiration.

Résection de la tête fémorale le 27 septembre 1859, pas d'hémorrhagie jusqu'au 10 octobre. Etat général et local excellent.

A cette époque, il reçoit la nouvelle d'une mort qui l'affecte beaucoup. De 116 le pouls monte à 136. Agitation considérable, frisson le soir suivi de sueurs, le 12 nouveau frisson.

77. (ALBRECHT). G... Anna, 13 ans et demi. Hémoptysie il y a 3 ans, il y a un an, rhumatisme articulaire aigu. Coxalgie suppurée gauche, fistules. Résection le 1^{er} mai 1871. Trombose de la veine crurale correspondante; la plaie a mauvais aspect. L'enfant tombe subitement dans le collapsus et meurt le 22 mai. Tuberculose pleurale et pulmonaire.

78. (LEROUX). Enfant 3 ans. Coxalgie suppurée. Etat général mauvais. Tuberculose pulmonaire. Résection de la hanche. Pas de Guérison. Mort 24 jours après l'opération.

79. (SMITH). Enfant de 8 ans. Coxalgie traumatique. Tuberculose pulmonaire au début. Résection. Meurt après trois mois de phthisie.

80. (LEISRINCK). Jeune fille, 18 ans. Coxalgie, fistules, cachexie. Tuberculose pulmonaire. Résection. Mort après 21 jours de phthisie.

81. (Id.). Jeune homme, 17 ans. Coxalgie. Phthisie confirmée. Résection. Mort le 73^e jour.

82. (Id.). Garçon 10 ans. Coxalgie scrofuleuse. Sommets douteux. Résection. Mort 4 mois après de phthisie et d'épuisement.

83. (Id.). Homme 24 ans. Coxalgie depuis 4 mois. Signes de phthisie. Résection. Carie vertébrale, piophémie. Mort.

84. (ESMARCH). 19 ans. Coxalgie traumatique datant de un an. Cachexie. Tuberculose pulmonaire au début. Résection, Mort le 16^e jour de *pyohémie*.

Autopsie. Pas de foyers purulents, mais tuberculose miliaire et quelques cavernules plus anciennes.

Poignet.

85. (GANGOLPHE). Lanties, 50 ans, cordonnier, mère morte phthisique. Adénite cervicale suppurée antérieure, nécrose de la deuxième phalange du pouce. Pas d'hémoptysie.

Tumeur blanche du poignet droit datant de un an, soignée d'abord à domicile, puis à l'Hôtel-Dieu.

Suppuration. Pas de fistules.

État général satisfaisant, un peu de toux, retentissement de la voix, quelques râles aux deux sommets.

Résection le 25 février 1883 (Ollier).

En août, la cicatrisation est complète. L'état général est très bon. Les symptômes pulmonaires ont disparu.

Revu en décembre, même état.

86. (Id.) Ferrand Léon, entre le 28 avril 1878; sans antécédents héréditaires. Début spontané il y a un an; tousses et a eu plusieurs hémoptysies, pas de signes sthétoscopiques nets.

Tuméfaction considérable du poignet, fistules, suppuration.

2 Mai. Ablation des os du carpe. Curage et cautérisation des fongosités. L'état général s'améliore rapidement, mais il est pris de nouvelles hémoptysies et on le fait partir chez lui.

Janvier 1884. L'état général est excellent : le malade ne tousse plus. N'a plus eu d'hémoptysies.

Soulève 15 kil., en porte cinq à six à bras tendus.

87. (Id.) Pierre Provinchère, 30 ans, sabotier, entré le 17 septembre 1877. Il y a trois ans, abcès froid sur le bord interne de l'avant-bras droit. Il y a huit mois, abcès à l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche.

22 Décembre. Trépanation et drainage de l'extrémité inférieure du radius : ablation d'un séquestre, suites bonnes.

12 Mars. Extraction d'un nouveau séquestre dans la tête du premier métacarpien droit.

29 Mars. Aggravation des lésions du poignet, gonflement considérable, fistules nombreuses, suppuration abondante. Toux, pas d'expectoration. Submatité aux deux sommets, en avant et en arrière. Respiration très rude et soufflante à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite, sans râles. A gauche, respiration rude, râles secs et humides assez nombreux, en avant. Râles nombreux à gauche. Plus rares à droite. Fièvre légère le soir.

4 Mai. Résection du poignet. Appareil plâtré. Pansement de Lister.

10 Août. État général bon. Il persiste encore quelques fistules.

Mai 1881. Toutes les fistules sont fermées. État général excellent, le malade soulève trois à quatre kilogs.

Janvier 1882. Le malade écrit, se sert de sa main, soulève cinq kilogs, ne tousse plus. Les signes stéthoscopiques ont diminué de netteté.

Janvier 1884. État général et local excellents.

88. (OLLIER). Homme, 38 ans. Tumeur blanche du poignet. État général mauvais. Signes stéthoscopiques de tuberculose pulmonaire. Résection du poignet.

11 mois après, la guérison locale est parfaite. État général excellent. Disparition des symptômes pulmonaires.

89. (G. BRANDT). Emma Otto, 21 ans. Entre au service le 10 avril pour douleurs vives dans plusieurs articulations, surtout dans le poignet droit. Famille tuberculeuse ; elle-même présente des signes de tuberculose au premier degré, aux deux sommets.

Le poignet est gonflé, et présente une mobilité considérable. La tête du cubitus est détachée. On dut remettre l'opération jusqu'au 15 juin, la malade étant très affaiblie à la suite de couches. *Résection* de l'extrémité du radius et du cubitus (2.3^{cm}), de tous les os du carpe, avec raclage des extrémités des métacarpiens.

Tamponnement de la plaie, pansement antiseptique, immobilisation et position élevée.

Les jours suivants la plaie a bon aspect, pas de suppuration ; le bras dégonfle peu à peu.

En novembre, on emploie le courant induit. Malgré cela et un appareil plâtré, on ne put empêcher la formation d'une articulation flottante avec laquelle la malade quitte le service, le 3 février 1883.

90. (SYMANOWSKI). Car. B..., entre le 23 janvier à la clinique de Dorpat. Carie tuberculeuse des os de la main datant de trois ans, fistules multiples. *Tuberculose pulmonaire*. Santé déplorable.

Résection le 11 mars.

Le 3 mai la plaie radiale est fermée, la plaie cubitale suppure encore. La nouvelle articulation formée est lâche : cependant la main peut se tenir un instant horizontale. Les mouvements des doigts sont libres, la pronation et la supination sont perdues.

Le 15 mai, la malade quitte l'hôpital pour se rendre aux bains de mer. L'état général est sensiblement amélioré.

91. (LISTER. TH. FOLLET). S..., 46 ans, phthisique. La résection totale fut pratiquée surtout pour soulager le malade de douleur extrêmes que lui causait une tumeur blanche du poignet droit très avancée.

Il mourut sept semaines après l'opération qui lui avait enlevé toutes les douleurs.

Coude.

92. (ALBRECHT). Kuntz, Elis., 57 ans, entre le 8 octobre 1869. Antécédents bons. Souffle au sommet droit, toux. Tumeur blanche traumatique du coude, fistules, dont le début remonte à un an et demi. Résection. Guérison. Le souffle persiste au sommet droit.

93. (Id.). Portmann, 15 ans. Antécédents bons. Tumeur blanche du coude datant de deux ans et demi. Symptômes de tuberculose pulmonaire au sommet gauche. Résection. Guérison rapide.

Travaille à la campagne. Santé parfaite.

94. (ROUX). A., 35 ans, couturière, entre le 4 mars 1873 pour une tumeur blanche du coude droit. Tousse depuis huit mois, crache, transpire la nuit, est très maigre.

Submatité sous la clavicule droite, craquements.

Résection en juin. Guérison complète le 14 septembre, amélioration immédiate de l'état général.

Quelques mois plus tard, la guérison s'est maintenue, les lésions pulmonaires ont totalement disparu.

95. (CASSAUBON). L., 25 ans, cultivateur, arthrite fongueuse du coude droit, avec fistules, datant de six ans.

Plusieurs hémoptysies. Souffle et submatité au sommet droit. Résection le 23 mars 1881.

Guérison rapide avec retour partiel des mouvements. Disparition des symptômes pulmonaires.

96. (OLLIER. — *Société de méd. de Lyon*, 21 janv. 1884). Homme de 40 ans, a eu, il y a 15 ans, une pleurésie suivie de carie costale, avec abcès froid à répétition de la paroi thoracique. Il y a 10 ans, nouvelle pleurésie. Il y a 3 ans, aggravation de l'état général et symptômes incontestables de phthisie pulmonaire : crachats purulents, râles à grosses bulles, souffle amphorique au sommet droit. Au même moment, début d'une tumeur blanche du coude droit qui bientôt suppura, donna lieu à des fistules. Ollier, après trois mois d'observation, voyant que les lésions pulmonaires restaient stationnaires, se décida à pratiquer la résection du coude. Rapidement, l'état général s'améliora et le poumon présenta un mieux sensible. Guérison rapide de la plaie d'opération. Le malade porte cinq kilos, le souffle pulmonaire persiste, mais la lésion a certainement rétrogradé.

97. (PAINETVIN). Jeune fille de 16 ans, atteinte de tumeur blanche du coude ; plusieurs hémoptysies.

Résection du coude le 3 septembre 1860. Guérison complète en six mois. Morte en hiver 1861-62.

98. (DOUTRELEPONT). Femme W., 32 ans. Tumeur blanche du coude, toux légère, infiltration des deux sommets.

Résection le 17 décembre 1861. Dès le début, la plaie a bon aspect, l'état général semble s'améliorer. Mais la tuberculose continue à évoluer rapidement ; la cicatrisation se fait lentement.

Morte le 29 mai de phthisie pulmonaire : la plaie opératoire était guérie.

Autopsie. Tuberculose des poumons. Dégénérescence amyloïde du foie, des reins et de la rate.

99. (DUMÉNIL). Femme de 36 ans, entre au service en 1867, pour une tumeur blanche du coude existant depuis le 18 mai. L'articulation était mobile dans tous les sens. Plusieurs trajets fistuleux en dehors et en arrière.

La malade toussait depuis plusieurs mois, et l'on constatait au sommet du poumon droit une diminution de sonorité, de la respiration soufflante, du retentissement de la voix et quelques rares craquements.

L'abondance de la suppuration et les douleurs vives épuisaient la malade et amenèrent un dépérissement progressif. La tuberculose pulmonaire n'était qu'au premier degré et sa marche me paraissant lente, je me décidai à pratiquer la résection du coude, le 29 avril.

Les suites immédiates de l'opération ne présentèrent rien de particulier.

Le 7 mai, apparut un érysipèle qui envahit progressivement tout le membre. A la suite de cet érysipèle, la suppuration diminua et était presque complètement tarie le 1^{er} juillet. L'état du coude était, à cette époque, aussi satisfaisant que possible, mais l'affection pulmonaire s'aggravait ; matité aux deux sommets, respiration soufflante des deux côtés.

La malade succomba à la tuberculose pulmonaire, le 12 juillet.

Autopsie. Les deux poumons sont farcis de tubercules. La plaie opératoire est complètement cicatrisée.

100. (PAINETVIN). Leroit 24 ans. Tumeur blanche. Tuberculose pulmonaire. Résection le 15 mai 1853. Mort le 10 juillet de phthisie pulmonaire.

101. (ALBRECHT). Winkler Barbe, 30 ans. Constitution faible, tousses et crache depuis longtemps. Tumeur blanche spontanée du coude datant de un an et demi. Sommet gauche suspect, diarrhée. Carie du calcanéum gauche avec abcès. Résection du coude le 25 juin. Morte le 19 novembre de phthisie.

102 (OLLIER). Femme tuberculeuse au 2^e degré, petites cavernes au sommet de chaque poumon. Tuberculose laryngée, accès fébriles le soir.

Arthrite suppurée du coude, très douloureuse. Durant trois mois, traitement médical et ouverture des abcès dès qu'ils se formaient. Sur la demande de la malade, résection du coude. Les douleurs disparaissent, mais la plaie opératoire continue à suppurer.

La malade meurt quelques mois après de ses lésions pulmonaires.

Épaule.

103. (OLLIER). Heiron, 86 ans. Engorgement et suppuration des ganglions cervicaux. Plusieurs hémoptysies il y a 2 ans. Syphilis. Signes douteux aux deux sommets.

Arthrite fongueuse de l'épaule droite datant de deux ans.

Résection de l'épaule le 21 janvier 1865. Guérison locale complète, disparition des symptômes pulmonaires.

Mort tuberculeux après 1871.

104. (OLLIER). Gahen, 16 ans. Résection de l'épaule en 1870 ; plusieurs hémoptysies consécutives à l'opération. Souffle et craquements aux sommets. Guérison locale rapide, puis disparition complète des symptômes pulmonaires.

Nouvelles hémoptysies en 1871 et 1875 ; amélioration sous l'influence d'une bonne hygiène. Cependant le malade tousse presque toujours, et la matité persiste au sommet droit.

Depuis, ce jeune homme s'est marié et est père de famille.

Abcès tuberculeux.

CURAGE. RACLAGES.

105. (VERCHÈRE). Gillon Anne, 32 ans. Une sœur morte phthisique ; pas d'antécédents scrofuleux. Entre à la Pitié (service de M. Verneuil) le 15 mai 1883.

En 1879, chute sur les reins, aucun accident consécutif. Quelque temps auparavant elle avait accouché.

En 1882, elle est atteinte de syphilis. Vers cette époque, se forma en même temps un abcès froid de la région lombaire qui était, à son entrée, gros comme une tête de fœtus. Ponction de l'abcès. Deux mois après, le liquide ne s'étant pas reproduit, la malade sort de l'hôpital.

Rentrée le 15 mai 1883, elle présentait de nouveau la même tumeur ; l'état général est bon. Poumons intacts, sauf une respiration un peu saccadée et légèrement soufflante à droite.

Incision et raclage de la poche.

L'état général, d'abord bon, s'altère peu à peu, des lésions pulmonaires apparaissent manifestement. Vers le mois de juillet, symptômes d'un mal de Pott avec abcès par congestion. En somme, état grave qui ne laisse aucun doute sur l'issue fatale.

106. (AUGAGNEUR). L..., 23 ans. Bronchites et hémoptysies antérieures. Carie vertébrale, dorso-lombaire. Abcès dans le psoas. Tuberculose pulmonaire. Respiration rude au sommet gauche. Souffle tubaire avec râles, humides sonores, gros et fins, dans la fosse sous-épineuse. Râles sonores disséminés dans les 2 poumons.

Le malade est amaigri, toussé constamment.

10 mai. Ouverture de l'abcès, sans raclage ni injections. Drainage. La Température reste normale.

Le 10 août, il ne persiste qu'un trajet entretenu par le drain.

107. (Id.). Jeune homme de 15 ans, sans antécédents héréditaires, atteint depuis 2 mois, d'un mal de Pott, avec abcès par congestion dans l'aîne droite, douloureux spontanément et à la pression.

Etat général mauvais, temp. rectale 40° ; face pâle, amaigrie.

Anorexie. Toux quinteuse, expectoration purulente. Râles muqueux aux 2 sommets. Délire nocturne.

Ponction de l'abcès le 24 février 1882. Le pus ne s'écoulant pas, M. Tripier incise la poche avec des soins extrêmes de propreté ; pas d'injection antiseptique. Drainage. Pansement de Lister. La fièvre tombe à la normale dès le lendemain.

Le 13 mars, la plaie est presque cicatrisée.

Le 4 mai, le jeune homme marchait sans fatigue. Les symptômes pulmonaires avaient disparu.

108. (RECLUS). Femme de 37 ans, lingère, de complexion chétive, affaiblie par 11 grossesses. Mal de Pott datant de 2 ans. Abcès par congestion dans la fosse iliaque ; paraplégie complète. Etat général déplorable, sueurs profuses, fièvre vive, amaigrissement. Symptômes pulmonaires.

Le 20 avril 1882, ouverture large de l'abcès, raclage des parois avec la cuillère tranchante ; on n'atteint pas le foyer osseux.

Après quelques jours de suppuration inquiétante, les bourgeons charnus envahissent la poche, l'écoulement se tarit peu à peu, et les parois s'accroissent.

Les sueurs disparaissent, l'appétit revient, et la malade reprend des couleurs et des forces.

Le mouvement et la sensibilité se rétablissent.

La cicatrisation de la poche est complète au bout d'un mois.

Les lésions pulmonaires n'avaient fait aucun progrès.

109. (J. PAGET, *clin. ch.* p. 38). Un homme était à mon service avec un vaste abcès chronique de l'aisselle qu'on pouvait appeler abcès strumeux. On le vida par deux fois, puis on injecta dans le sac de la teinture d'iode iodurée, étendue d'eau. Cela produisit, comme nous nous y attendions, une inflammation du sac. Mais avec elle survinrent des troubles généraux fébriles d'où il résulta que l'homme fut trouvé brusquement privé de la parole. Puis survinrent d'autres symptômes généraux et le malade succomba.

Autopsie. On trouva des dépôts tuberculeux, des méninges qui étaient enflammées. Ces dépôts étaient restés latents tant que l'organisme entier avait été calme. Mais avec l'excitation de la fièvre, ils devinrent fatalement actifs.

Résections dans la continuité des os.

110. (OLLIER). Louis Chabert, lymphatique, porte les traces d'une affection osseuse ancienne au maxillaire inférieur.

Carie du sternum avec séquestres vasculaires : pas de tubercules appréciables aux sommets, toux fréquente.

Ablation de toute l'épaisseur du sternum le 10 juin 1863 avec résection des cartilages costaux. Guérison après six mois avec persistance de plusieurs fistules.

Formation de plusieurs abcès. Aggravation de l'état général. Mort le 23 avril.

Les deux poumons sont farcis de tubercules.

111. (TEXTOR). Caspar Kink, 28 ans, boulanger, affecté depuis longtemps d'ulcères scrofuleux du cou. Entre le 28 avril 1883 à l'hôpital de Würzburg, pour un abcès froid dans la région des fausses côtes à gauche. Symptômes encore peu nets de tuberculose pulmonaire. Ouverture de l'abcès : il s'en écoula une grande quantité de pus. Pansements secs et fomentations aromatiques.

Vers le 10 juillet, résection de la côte : le soir, frisson et fièvre intense. Depuis ce jour, la fièvre se maintint, les signes de phthisie pulmonaire

devinrent de plus en plus nets. Toux, expectoration, sueurs nocturnes, perte d'appétit, amaigrissement.

Mort le 20 octobre. Quatre mois et douze jours après l'opération.

Autopsie. Tuberculose pulmonaire généralisée. Excavation à gauche. La côte s'était en partie reproduite.

112. (CADEAU). Nic. Kercher, 38 ans, entre à la Pitié le 17 août 1873. (Verneuil).

Pas d'antécédents morbides, sauf une pleurésie.

Ostéite du péroné. Symptômes pulmonaires : toux, expectoration, sueurs nocturnes, fièvre vespérale.

Premier évidemment en mars 1873. Guérison. Symptômes pulmonaires disparaissent. Mais bientôt après l'os se remet à suppurer, en même temps que réapparaissent les lésions pulmonaires : toux, expectoration, sueurs nocturnes, fièvre.

Diminution de la sonorité au sommet gauche avec craquements humides. Râles secs à droite.

Pas d'appétit. Insomnie. État général assez mauvais.

Deuxième évidemment le 13 novembre 1873. Guérison locale rapide. Disparition complète des signes pulmonaires. État général excellent.

113. (CADEAU). A..., 50 ans, entre à la Pitié le 23 novembre 1873. (Verneuil). Carie du coxyx et fistule anale : suppuration profuse datant de deux ans avec plus ou moins d'amélioration.

Affaiblissement du murmure respiratoire et quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche.

Résection du coxyx le 1^{er} décembre 1873 ; une seconde opération est nécessaire, le 5 janvier, pour compléter la première.

Guérison rapide. Disparition des symptômes tuberculeux.

114. (LUCKE). Homme, 41 ans. Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur chez un tuberculeux. Résection. Mort quatre semaines après de phthisie rapide.

Castration.

115. (MOUGIN). G. Albert, 26 ans, maçon. Sans antécédents. En 1869, orchite blennorrhagique droite, guérie. En août 1872, début d'une épидidymite caséuse gauche, dont la marche est accélérée par suite d'une chute sur les parties. Il entre à l'Hôtel-Dieu. Une ponction donne issue à un peu de pus : l'orifice reste fistuleux. Tout le côté gauche du scrotum est rempli par une masse adhérente ne permettant plus de rien distinguer.

L'épididyme gauche est aussi malade. La prostate et les vésicules séminales sont saines.

A l'auscultation, on trouve des symptômes de tuberculose pulmonaire au début. L'état général est satisfaisant. Castration le 1^{er} mars. Guérison rapide. Disparition des symptômes pulmonaires.

116. (*Thèse de Bernay*, Lyon 1880). G..., 42 ans, cultivateur. Pas d'antécédents morbides. Tuberculose testiculaire ayant débuté spontanément au mois de février 1872, avec douleurs assez vives.

A son entrée, le testicule droit est gros comme un œuf de poule, point de fistules.

Submatité dans la fosse sous-ep. gauche. Respiration légèrement rude et saccadée sous les clavicules, tousses peu, amaigrissement notable, point d'appétit.

Castration le 10 mars 1873. (Opéré par Desgranges).

Réunion prompte.

21 juin. Le malade était guéri.

117. (Id.). G..., 29 ans, chocolatier. Entre le 5 août 1879 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Mollière.

Le testicule gauche a augmenté à partir du 1^{er} novembre 1878. Le droit est pris ensuite. Le malade est tuberculeux.

Castration le 22 août 1879. Ligature isolée des vaisseaux du cordon. Pas de pansement. Un peu de fièvre pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération. La plaie marche rapidement vers la cicatrisation. L'état pulmonaire paraît s'être amélioré. Quelques jours après le malade rentre chez lui, la plaie fermée aux trois-quarts.

118. (Id.). Jos. C..., 49 ans, mineur. Tousse depuis le mois de novembre 1878. Les deux testicules sont pris. La tumeur gauche s'est développée très-rapidement, puisqu'elle ne date que de trente jours, elle était très-douloureuse.

Opération le 12 août 1879. Suites bonnes, pas de fièvre ni d'hémorrhagie. Les ligatures tombent tardivement. Le 30 août, la plaie est en bonne voie de guérison. Quelque temps après, le malade, qui était en face de la porte d'entrée, prit froid, et l'affection pulmonaire empira. En même temps l'épididyme du côté droit qui était envahi en même temps par la tuberculisation, devint le siège de douleurs vives, de nature névralgique. Bien que le malade fut in-extremis, Mollière obtempéra à ses désirs, et enleva le testicule douloureux. La douleur disparut et la plaie guérit rapidement mais le malade ne tarda pas à succomber à sa lésion pulmonaire.

Fistules à l'anus.

119. (Service de M. WEISS). Frédérique Eugène, 25 ans, journalier, entre à l'Hôpital civil le 15 mars 1884. Constitution faible, sujet à s'enrhumer. Tousse et crache un peu depuis le mois de septembre, mouvement fébrile le soir, amaigrissement et affaiblissement notables, peu d'appétit, pas de diarrhée.

Entre au service pour une fistule à l'anus dont le début remonte au mois de septembre. C'est une fistule complète dont l'orifice externe est à un centimètre de l'anus, l'orifice interne à 1 1/2 centim. au-dessus ; peu de suppuration.

Etat de la poitrine. Thorax amaigri. Creux sus et sous-claviculaires très marqués.

Submatité sous la clavicule gauche ; sonorité à droite.

A gauche, respiration soufflée au sommet avec quelques craquements.

A droite, respiration rude, sans bruits anormaux.

En arrière, submatité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Dans la fosse sus-épineuse seulement à droite.

Souffle tubaire au sommet gauche, râles sous-crépitanants dans tout le poumon, surtout au sommet.

A droite, respiration très rude dans toute la hauteur. Râles sonores dans le sommet.

Il y a donc des symptômes très nets de tuberculose pulmonaire.

L'état général est assez mauvais.

M. le professeur agrégé Weiss, avant d'opérer le malade, le soumet d'abord à un régime reconstituant. Au bout d'un mois, sa santé s'est considérablement améliorée. Les lésions pulmonaires sont restées stationnaires.

21 avril. Opération de la fistule qui est fendue au moyen du thermocautère. Aucune perte de sang. Pansement à l'iodoforme.

Le 26 avril et le 4 mai, on cautérise légèrement les lèvres de la plaie au nitrate d'argent.

Le 20 mai, la cicatrisation est complète.

Le 28, le malade demande sa sortie. Son état général est excellent. Les symptômes pulmonaires sont moins nets qu'à son entrée. Le souffle persiste aux deux sommets, mais les râles sous-crépitanants sont bien moins nombreux. Le malade ne tousse pas, n'a plus de fièvre.

Il y a donc eu amélioration sensible.

120. (PICOT). G..., 40 ans, charretier. Entre à l'hôpital Bichat le 10 février. Facies tuberculeux ; plusieurs petites hémoptysies. Respiration obscure et craquements aux 2 sommets.

Fistule anale, borgne externe, datant de 1 mois 1/2.

Passage du tube et constriction le 12 février. Aucune douleur. Le 24 février le pont est presque coupé, la cicatrisation se fait bien.

Etat général excellent.

121. (CADEAU). X..., de forte constitution. Fistule à l'anus. Tubercules à l'état de crudité à droite, ramollis à gauche.

Opération au fer rouge. Cicatrisation lente.

Amélioration notable de l'état général.

122. (Id.). X..., gardien de la paix. Fistule anale et tuberculose pulmonaire au début.

Opération de la fistule. Guérison rapide. Disparition des signes pectoraux.

123. (HUGARD). Lauger, 26 ans, entre au service de Périer, le 8 février 1881.

Ramollissement et petites cavernes au sommet du poumon gauche.

Petite fistule sous muqueuse de 2^{mm} de hauteur.

Ligature élastique au moyen d'un fil fin ; chute du fil le cinquième jour.

La malade quitte l'hôpital le 14 mars ; la plaie, non encore complètement guérie, a un excellent aspect.

124. (Id.). Legros Elie, 23 ans, soldat au 25^e régiment d'infanterie, entre au Val-de-Grâce le 10 février 1881. Constitution médiocre. Tempéramment lymphatique.

A eu en 1880 une pleurésie droite ; depuis il tousse et n'a plus retrouvé ses forces complètement. Peu de temps après, il se développe, près de la marge de l'anus, un abcès qui fut incisé deux fois. Les plaies restèrent fistuleuses.

Entré à l'hôpital Saint-Martin, on opéra les 2 fistules à l'aide de l'écraseur, le 15 décembre 1880. En ce moment le malade toussait et avait des sueurs nocturnes. Les suites de l'opération n'eurent aucun retentissement fâcheux immédiat sur l'état général, ni sur les poumons. Mais les plaies opératoires ne guérissent pas malgré l'introduction de mèches et de cautérisations au nitrate d'argent. Pendant ce temps, la phthisie pulmonaire continua à évoluer d'une façon chronique, mais continue.

Le malade entré au Val-de-Grâce, présente l'état suivant, le 20 mars :

Il est faible, amaigri, a peu d'appétit, point de diarrhée. Sueurs nocturnes profuses. Tousse et crache beaucoup. L'examen de la poitrine révèle une induration du sommet droit ; respiration soufflante, expiration prolongée, exagération des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire. Submatité sous la clavicule droite.

M. Charvot lui fait successivement plusieurs cautérisations au thermo-cautère et à la pâte de Canquoin. La cicatrisation se fait lentement, mais les symptômes pulmonaires augmentent.

Le 4 mai, les plaies sont presque guéries, mais l'état de la poitrine fait

craindre que le malade ne bénéficiera pas longtemps de la guérison de ses fistules.

125. (POING). Clerget, 46 ans. Antécédents héréditaires (mère morte tuberculeuse. 3 frères morts en bas âge. Lui-même s'enrhume facilement).

Abcès fréquents au voisinage de l'anus. Incision. Drainage. Guérison. Pas de réaction générale. (Terrier).

126. (Id.) Ben Charles, 52 ans (thèse de Simon), commissionnaire. Caverne au sommet droit.

Ligature élastique. Malade sort le sixième jour. La plaie a bon aspect.

127. (Id.) V. Coiffeur, 35 ans (Terrier). Parents morts tuberculeux. Lui-même tuberculeux.

Fistule complète de l'anus. Drainage. Guérison complète en 36 jours. (Etat général non indiqué après).

128. (PICOT). L..., 45 ans, plombier. Abcès de la marge de l'anus ouvert spontanément. Le malade tousse depuis longtemps : signes de bronchite généralisée avec prédominance de râles sous-crépitaux dans toute la hauteur du côté gauche (Tuberculose au début).

Drainage de la fistule qui est complète, avec légère constriction, le 12 septembre. Le tube tombe le 23 janvier.

Le malade quitte l'hôpital le 12 février sans grande amélioration : la suppuration est assez abondante.

129. (Service de M. Gross). Dombrot Jules, 60 ans, manœuvre. Entre à l'hôpital St-Léon, le 27 décembre 1882, pour une fistule à l'anus. Orifice externe à gauche de l'anus; trajet de 6 centimètres de profondeur, communiquant avec le rectum. Des matières fécales sortent par la fistule. Peu de suppuration.

L'état général est assez mauvais: le malade est pâle, amaigri; il tousse et crache depuis longtemps. Le poumon droit ne présente aucun signe net de tuberculose. À gauche, matité dans presque toute la hauteur: au sommet, souffle tubaire avec râles sous-crépitaux et cavernuleux; respiration très-rude dans toute la hauteur.

Peu d'appétit, diarrhée.

Le 30 décembre, la fistule est opérée par M. Gross, au thermocautère. Aucune réaction les premiers jours. Crayon d'iodoforme dans la plaie. À partir du 15 janvier, l'état général se détériore rapidement: la fistule suppure abondamment, les téguments se décollent vers la fesse. Le malade tousse et crache beaucoup, a de la dyspnée. Diarrhée abondante, teint subictérique, inappétence, fièvre hectique, incontinence des matières fécales. Mort le 16 février de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. Cavernes dans les deux poumons.

130. (PRUNIERAS). D. Eugène, 28 ans, garde républicain, entre le 7 mars 1881 au Val-de-Grâce. Fistule borgne externe incisée au bistouri le 17 mars par M. Charvot. La température s'élève dès le soir à 40°. Le troisième et

quatrième jour, hémoptysies. Avant l'opération on avait déjà constaté des symptômes de tuberculose pulmonaire au début.

Bientôt après l'opération, la phthisie pulmonaire prit une marche rapide, et le malade succomba le 16 avril.

Autopsie. Caverne à chaque sommet. Les deux poumons sont farcis de tubercules.

Tuberculose linguale.

131. (AUG. REIMANN). A. K..., 27 ans. Infiltration tuberculeuse au début des deux sommets. Tumeur irrégulière, bosselée, douloureuse de la pointe de la langue. Traitement local sans résultat (on avait pensé à une tumeur syphilitique). Extirpation. L'état général du patient était bon. Point de cicatrisation. La plaie reprend peu de temps après l'aspect de l'ulcération primitive. Le malade meurt d'épuisement, ne pouvant plus se nourrir. L'examen microscopique confirme le diagnostic de tumeur tuberculeuse.

132. (BILLROTH). Homme, 53 ans. Toux, sueurs nocturnes depuis six mois. Tubercule volumineux de la langue datant de six semaines, non ulcéré (Syphilome ?). Extirpation. Cicatrisation rapide. Mort de tuberculose le 7 mai 1869.

133. (KOSINSKI). Homme de 50 ans. Antécédents tuberculeux chroniques. Ulcération tuberculeuse de la langue datant de vingt mois. Extirpation de la portion ulcérée de la langue. Cicatrisation rapide. Six mois après, pas de récédive.

134. (KRÖENLEIN). Louis Hœhne, 37 ans, rentier, de parents sains ; frères et sœurs bien portants ; lui-même en parfaite santé jusques il y a deux ans. Il y a deux ans, contusion violente de la poitrine. Rend quelques jours après une assez grande quantité de sang. Grâce aux soins multipliés, et à l'abstention de toute imprudence, le patient se maintient en parfaite santé : il y a un an, il eut plusieurs hémoptysies. Depuis il tousse et crache. Pas d'antécédents syphilitiques. Il y a quatre mois, le patient se mord la pointe de la langue. La plaie saigne abondamment et ne se ferme plus complètement, ce que le malade attribue au frottement continu de la langue contre ses incisives inégales et pointues.

A son entrée, homme de forte constitution ; présente sur le bord droit de la pointe de la langue deux ulcérations allongées, irrégulières, de 1 à 1,5^{cm}, avec des bord indurés et taillés à pic. Le fond est granuleux. Gonflement marqué des ganglions lymphatiques, cervicaux des deux côtés, que le patient dit avoir remarqué depuis longtemps. Pas de douleurs, ni dans la langue, ni dans l'oreille droite, un peu de salivation.

L'exploration de la poitrine donne au sommet droit : matité, souffle, râles muqueux.

Tout en admettant la possibilité d'une ulcération tuberculeuse de la langue, on pose le diagnostic probable de carcinome de la langue.

Extirpation. Suture. Réunion per primum.

L'étude microscopique de la tumeur indique *sa nature tuberculeuse*.

Le malade fut encore atteint d'un rhumatisme polyarticulaire léger, qui disparut rapidement par l'administration du salicylate de soude ; il quitte le service quatorze jours après l'opération. Malheureusement les lésions pulmonaires firent des progrès rapides ; il eut plusieurs hémoptysies abondantes, et, quatre mois après l'opération, il mourut de tuberculose pulmonaire.

Tuberculose mammaire.

135. (DUBAR). M... Jeanne, 21 ans, typographe. Sans antécédents héréditaires ni personnels, entre à la Pitié le 7 février 1880, avec une tumeur tuberculeuse au sein droit qui est presque double de celui du côté gauche. Trois orifices fistuleux laissent écouler un peu de pus mêlé de grumeaux caséeux. Le début date d'un an environ. L'état général n'est pas très satisfaisant : la malade a chaque soir de la fièvre, 38° à 38°5. Elle tousse, crache, sue la nuit, et présente les signes sthétoscopiques d'une tuberculose pulmonaire aux deux sommets, avec induration et commencement de ramollissement ; respiration rude et soufflante, avec craquements très-nets au sommet gauche. Quelques râles muqueux disséminés dans tout le poumon. Du 7 février au 28 mai, on essaie des traitements médicaux ; mais rien ne s'amendant, M. Gosselin fait l'amputation totale du sein. L'examen microscopique confirme le diagnostic de tuberculose. Pansement à l'eau-de-vie camphrée et à la gaze phéniquée. Cicatrisation complète le 20 juillet. Revue en septembre ; l'état local de la cicatrice est excellent. L'état général est satisfaisant. Les signes sthétoscopiques n'ont pas varié.

Trachéotomie.

136. (OBÉDÉNARE. Th. Paris 1866). Virginie D..., 37 ans. Tousse depuis huit mois, sueurs nocturnes, amaigrissement, altération de la voix, toux. Expiration soufflante sous la clavicule droite, rien à gauche.

Le lendemain, accès de suffocation nécessitant l'intervention immédiate.

Trachéotomie le 23 janvier.

Le 20 février, la plaie du cou est fermée, la malade respire bien, la voix revient un peu.

Le 15 mars, la voix est assez nette, la malade ne tousse plus, et a repris de l'embonpoint. Elle sort.

137. (GRÉGOIRE. Th. Paris 1884). Jeune femme, entre au service de M. Gombault en octobre 1881. Conduite irrégulière, débauches, alcoolisme.

Début d'une affection du larynx il y a 18 mois. Actuellement dyspnée intense. Poussée congestive et craquements aux deux sommets.

Trachéotomie, la respiration s'établit régulièrement. Pointes de feu sur le thorax.

L'état général s'amende rapidement, et quand la malade quitte l'hôpital, tous les symptômes pulmonaires ont disparu. Elle est obligée de conserver sa canule.

138. (Id.) Antoine, 26 ans. Laryngite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire au début. Trachéotomie. Amélioration de l'état général. Un an après, symptômes pulmonaires à marche rapide. Mort quinze mois après l'opération.

Autopsie. Tuberculose pulmonaire et intestinale.

Glotte rétrécie. Ventricules moins étendus qu'à l'état naturel. Point de trace d'œdème ni de productions membraneuses.

139. (Id.) Morin, 35 ans, entre au service de Trousseau le 24 juin 1835. Antécédents tuberculeux dans la famille.

Laryngite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire à peine appréciable.

Les symptômes de dyspnée augmentant avec rapidité, on fait la trachéotomie le 12 juillet. La respiration s'établit régulière et facile. Le malade quitte le service le 19, ne pouvant pas encore se passer de sa canule. Mort à la fin de septembre, par suite de la marche rapide d'une phthisie aiguë : n'a plus eu d'accidents asphyxiques. Il conserva la canule jusqu'à la fin.

Autopsie. Tuberculisation générale des deux poumons. Ulcération et gonflement notable de tout la muqueuse laryngienne.

140. (Id.) Ed. M..., 25 ans. Tuberculisation aiguë du poumon. Asphyxie laryngée. Trachéotomie le 15 mars. Syncope.

Le malade respire bien par la canule, et succombe le 21 avril.

Autopsie. Poumon farcis de tubercules miliaires.

141. (Id.) D..., entre au service de M. Bricheteau le 15 mai 1849. Quelques symptômes de tuberculose pulmonaire, toux, crachats sanguinolents. L'auscultation et la percussion ne donnent que des signes négatifs.

Se plaint depuis quelque temps de douleurs à la gorge, la voix est rauque. Est pris plusieurs nuits de suite d'accès de suffocation. Trachéotomie. Mort trois jours après.

Autopsie. Les deux sommets sont comme lardés de tubercules.

142. (Id.) S..., 20 ans, repasseuse, entre au service de M. Gombault le 27 novembre. Antécédents scrofulo-tuberculeux personnels et héréditaires. Tuberculose pulmonaire à marche très lente, dont le début remonterait à trois ans. Depuis quelques temps, enrouement progressif, fréquents accès de suffocation, manque d'asphyxier.

Trachéotomie le 29 novembre, au bistouri. La malade est très soulagée, mais les lésions pulmonaires font de rapides progrès.

143. (Service de M. WEISS). Femme de 35 ans, entre au service de M. le professeur agrégé Weiss pour une dyspnée.

Elle tousse depuis quelque temps, crache beaucoup, et présente tous les signes extérieures d'une personne phthisique. L'auscultation est difficile vu la difficulté qu'a l'air de traverser le larynx. Elle est dans un état de dyspnée intense; la respiration est bruyante, saccadée, il existe un tirage sus-sternale très-marqué, la face est pâle, amaigrie, exprime une grande angoisse, les symptômes datent de deux jours et vont en augmentant; la nuit dernière, la malade a eu plusieurs accès de suffocation; la voix est faible, saccadée, rauque; elle réclame une intervention immédiate.

Devant ces phénomènes alarmants, on pose le diagnostic de laryngite tuberculeuse avec œdème des parties, et M. Weiss se décide à faire la trachéotomie séance tenante.

Opération. On fait respirer à la malade quelques bouffées de chloroforme, après lui avoir fait une injection de morphine.

Pour la section des parties, on emploie le procédé mixte au bistouri et au thermo-cautère décrit M. H. Thiébaud, chef de clinique du service. On sectionne au bistouri les parties molles situées en avant du corps thyroïde; celui-ci est entamé au thermo-cautère, maintenu au rouge sombre. En ce moment M. Weiss, redoutant une syncope, qui, dans le cas particulier est un si redoutable accident, achève rapidement l'opération au bistouri. Il en résulte une hémorrhagie abondante. La malade s'agite avec frayeur, le sang coule dans la trachée et augmente la dyspnée; il se produit des gargouillements. Une première canule introduite est trop petite; une seconde plus volumineuse, arrête instantanément l'hémorrhagie. Peu à peu, le sang qui a pénétré dans les voies aériennes est rejeté par la canule, mélangé de mucosités, et la respiration s'établit d'une façon calme et régulière.

La malade est portée dans son lit, réchauffée et surveillée attentivement; de temps en temps on débarasse la canule des mucosités qui l'obstruent.

La température du soir est à 39°4. Pouls 120. Respiration 16. Le lendemain, on s'aperçoit que des petites quantités de liquide avalé passent dans la trachée; la malade est prise d'accès de toux chaque fois qu'elle prend quelque chose, et les mucosités expulsées par la canule sentent le malaga qu'elle venait d'avalier. On en conclut, soit à une perforation de la paroi pharyngo-trachéale, soit à une rigidité de l'épiglotte qui ne recouvre plus l'orifice supérieur du larynx. On alimente l'opérée par la sonde œsophagienne. Au bout de deux jours elle peut de nouveau avaler sans accident.

La température reste à 39° et au-dessus, le pouls à 120-140. Les mouvements respiratoires, réguliers les trois premiers jours, s'accroissent rapidement pour atteindre 50 par minute. La dyspnée est considérable. L'état général qui semblait s'améliorer les premiers jours, se détériore avec une grande rapidité, et l'opérée succombe à son affection pulmonaire le 11^e jour après l'opération.

Autopsie. Les deux poumons présentent, au sommet, plusieurs petites cavernes; le reste est infiltré de tubercules à diverses périodes.

Le larynx présente son volume normal, il n'est pas gonflé. On ne voit que deux petites ulcérations sur la muqueuse du ventricule.

144. (VALLEIX). Homme, 52 ans. Entre au service de Valleix pour une affection du larynx datant de treize mois. Altération progressive de la voix. Depuis six semaines, dyspnée. Actuellement, orthopnée. Réveils en sursaut. Dysphagie.

L'auscultation et la percussion n'indiquent aucune lésion pulmonaire. Trachéotomie. Syncope. Mort.

Autopsie. Quelques tubercules crus dans les poumons.

145. (GRÉGOIRE). L..., 50 ans. Sans antécédents héréditaires ni personnels. Laryngite tuberculeuse avec accès intenses de dyspnée.

Pas de signes appréciables de tuberculose pulmonaire. Trachéotomie. Mort quelques instants après.

Autopsie. Quantité de petites masses tuberculeuses disséminées dans le poumon.

Toute la muqueuse du larynx était ulcérée, et parsemée de fongosités.

146. (BRUNON). Femme, 37 ans. Enceinte de sept mois et demi. Respiration difficile et bruyante, surtout à l'inspiration. Cornage. Très gros râles sous-crépitaux aux deux sommets.

Trachéotomie au bistouri. La canule introduite, il survient un accès de toux, asphyxie. Mort.

M. Desprès fait l'opération césarienne. L'enfant a vécu deux jours.

Autopsie. Sommets farcis de tubercules, avec quelques petites cavernes. Ulcérations tuberculeuses et gonflement de la muqueuse du larynx.

147. (Id.) Femme, 25 ans, enceinte de huit mois. Tuberculeuse au troisième degré.

Trachéotomie. Mort une heure après par hémorrhagie foudroyante. L'enfant extrait par opération césarienne, meurt une semaine après.

Adénite tuberculeuse.

148. (COUDRAY). B. Marie, 39 ans, entre au service de M. Trélat le 10 février 1884. Tumeur ganglionnaire dans l'aisselle droite. Tuberculose manifeste quoique peu avancée.

Après quelques hésitations, et sur les réclamations réitérées de la malade, M. Trélat extirpe les ganglions au bistouri. Les suites de l'opération sont simples : la réunion se fait par première intention. L'état pulmonaire n'a été ni amélioré ni aggravé.

Extension.

149. (TH. PRIOT). H. Coutelier, 54 ans, entre à la Pitié le 16 novembre 1869. Tumeur blanche du coude droit : avant-bras fléchi sur le bras. Tuberculose des deux poumons (cavernes). Extension et immobilisation ; marche rapide des lésions pulmonaires. Mort le 25 janvier 1870.

Autopsie Tuberculose généralisée.

NOTE ADDITIONNELLE

Tumeur blanche du genou gauche. — Arthrotomie antiseptique et raclage de l'articulation. — Pas de guérison. — Tuberculose pulmonaire, — Amputation de cuisse. — Guérison locale. — Amélioration de l'état général et des lésions pulmonaires. (Observation recueillie au service de M. Th. Weiss par M. Schmidt, interne.)

Bernhard Charles, 7 ans sans antécédents héréditaires; a toujours été bien portant. Au mois d'août 1882, il fait une chute sur le genou gauche: quelques jours après il ne ressentait plus rien dans son genou; mais au bout de six semaines il se remet à boiter, et son genou augmente de volume. Venu à la consultation, on lui met un appareil, et on lui applique sur l'articulation des pointes de feu puis de la teinture d'iode. Ce traitement est continué sans résultats jusqu'au mois d'août 1883. Entré cette époque à l'hôpital, on continue le même traitement local, et on le soumet à un régime tonique et reconstituant (quinquina, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue).

Sorti de l'hôpital au mois d'octobre, il est envoyé à la campagne dans un état très satisfaisant. Là on lui enlève son appareil, et au bout d'un mois il revient au service la jambe complètement fléchie sur la cuisse, le genou très-douloureux. On lui redresse son membre et on l'immobilise dans un nouvel appareil plâtré. Au commencement de février 1884, on le rend à sa famille qui le rapporte une troisième fois à l'hôpital le 28 février dans un état général et local très mauvais. Le genou est très douloureux; les extrémités osseuses sont augmentées de volume; la synoviale est distendue par des fongosités et du pus; les mouvements provoqués de l'articulation sont douloureux. L'enfant est maigre, pâle, se nourrit peu. *Pas de symptômes pectoraux.* La temp. oscille aux environs de 38°.

Le 7 mars, *arthrotomie antiseptique* avec raclage des fongosités au moyen de la curette de Volkmann. Il s'écoule une grande quantité de pus. On fait une contreouverture au niveau de la partie interne du cul-de-sac sous-tricipital, on y passe un drain, et, après un lavage complet de l'articulation par une solution d'acide phénique, on fait le pansement de Lister, et on immobilise le genou sur une atelle à résection de M. Bœkel.

Les jours suivants le temp. reste entre 37°,5 et 38°,5. L'enfant ne souffre pas. On renouvelle le pansement tous les jours; il s'établit bientôt une

suppuration abondante. Le sixième jour, il se plaint d'une douleur assez vive au niveau du bord externe de la rotule, où l'on trouve un peu d'empatement. Vers la fin du mois de mars, l'état général s'améliore un peu; l'enfant a assez bon appétit. Les plaies opératoires ont bon aspect, se rétrécissent peu à peu: néanmoins il existe toujours de l'empatement et même un certain degré de fausse fluctuation au bord externe de la rotule. La temp. se maintient entre 37°,5 et 38°,5.

A partir du 20 avril, la cicatrisation des plaies s'arrête, en même temps que l'état général se détériore. On fait des pansements à l'iodoforme, et on applique sur le genou des raies de feu. Pendant le cours du mois de mai, il n'y a pas de changement appréciable dans l'état des plaies qui suppurent abondamment. Mais l'enfant se met à tousser, ne mange presque plus et s'affaiblit progressivement. L'examen de la poitrine révèle des symptômes de tuberculose au début dans les deux sommets.

Le 15 mai, l'enfant se plaignant beaucoup de son genou, M. Weiss lui applique un pansement ouaté d'A. Guérin; les douleurs disparaissent aussitôt. Le 5 juin on enlève le pansement qui est rempli d'un pus fétide. Les plaies ont mauvais aspect, se sont étendues; les bords sont irréguliers, ulcérés. L'état général est de plus en plus mauvais; les symptômes pulmonaires deviennent plus nets.

En présence de ce manque absolu de tendance vers la guérison de la plaie, et surtout de l'état des poumons, M. Weiss propose l'amputation de la cuisse: la famille de l'enfant refuse. Au mois de juin, les plaies s'étendent de plus en plus, prennent un aspect ulcéreux: les extrémités osseuses augmentent de volume, sont douloureuses. La suppuration est abondante, fétide. On fait des pansements au sublimé. L'état général devient de plus en plus mauvais.

État du malade au 20 juin. L'enfant est pâle, maigre: il a peu d'appétit, pas de diarrhée. Il tousse, surtout le matin. En avant, la sonorité du thorax est normale; à droite le murmure vésiculaire est rude, l'expiration soufflée, prolongée. À gauche, l'inspiration et l'expiration sont soufflées: quelques râles sous-crépitaux. En arrière, à droite, submatité dans les fosses sus et sous épineuses, murmure vésiculaire très rude, respiration soufflée à la partie interne de la fosse sus-épineuse. À gauche, matité dans la fosse sus-épineuse, submatité dans la fosse sous-épineuse; souffle tubaire sans râles dans les fosses sus et sous-épineuses.

La famille de l'enfant ayant *accepté l'amputation* de la cuisse, M. Weiss la fait au tiers inférieur, par le procédé circulaire. Pansement ouaté d'A. Guérin. Pas d'hémorrhagie.

L'enfant ne souffre nullement; au bout de quelques jours, il a plus d'appétit; son état général se refait un peu.

Le 5 juillet, on change pour la première le pansement qui est rempli de pus fétide. La plaie a bon aspect, et est notablement rétrécie. La temp. est toujours à 38° en moyenne.

Le 21, on ouvre pour la seconde fois le pansement : la Plaie est presque cicatrisée, Pansement à l'iodoforme. La santé générale du petit opéré est bien meilleure ; il mange bien, a bonne mine, ne tousse presque plus.

Le 31 juillet, la plaie est totalement guérie. L'état général est très satisfaisant. L'examen de la poitrine révèle une diminution notable des symptômes pulmonaires. La submatité persiste aux deux sommets, en arrière-le souffle a notablement diminué au sommet gauche ; la respiration est encore rude à droite. En avant aussi il persiste un certain degré de souffle à droite, une respiration rude à gauche. *Plus de cracquements.*

En résumé, cet enfant qui se trouvait dans le marasme, depuis qu'on lui a amputé la cuisse, est en excellente voie de rétablissement général. La plaie opératoire est totalement cicatrisée, les symptômes pulmonaires rétrogradent, la fièvre a disparu, et l'état général est très-satisfaisant. Le petit a bon appétit, et tout fait espérer un succès complet, non seulement opératoire, mais encore thérapeutique.



CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, due à l'introduction d'un micro-organisme dans l'économie.

2° Tout individu atteint d'une lésion tuberculeuse, périphérique ou viscérale, est *tuberculeux*, c'est-à-dire atteint d'une maladie générale qui l'expose sans cesse à de nouvelles localisations de sa diathèse.

3° Presque toutes les lésions attribuées autrefois à la diathèse scrofuleuse, sont rentrées peu à peu dans le cadre des manifestations tuberculeuses.

4° Une lésion tuberculeuse périphérique peut devenir le point de départ d'une tuberculose pulmonaire, méningée ou généralisée, non par auto-inoculation, puisque l'organisme tout entier est déjà infecté, mais plutôt par son action délétère sur l'économie.

5° Il y a donc indication à détruire toute affection tuberculeuse chirurgicale qui ne présente pas de tendance à la guérison spontanée, et cette ablation doit se faire le plus tôt possible, avant la détérioration de l'organisme et la formation de nouveaux foyers.

6° La tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, dans la grande majorité des cas, ne peut être attribuée ni à l'auto-inoculation chirurgicale, ni au traumatisme opératoire, ni à l'ablation d'un émonctoire salubre. Souvent elle paraît être une simple coïncidence ; dans certains cas on peut incriminer les complications et les conditions générales mauvaises qui surviennent à la suite de l'opération.

7° S'il existe déjà des symptômes pulmonaires, il y encore indication à une intervention prompte, sauf dans certains cas déterminés.

8° En débarrassant un phthisique d'une grande cause d'épuisement, on permettra assez souvent à son état général de lutter avantageusement contre l'envahissement progressif des lésions pulmonaires, quelquefois même d'arriver à la guérison de ces lésions.

9° Le chirurgien ne doit jamais perdre de vue que son intervention ne doit avoir pour but direct que la suppression de la lésion périphérique. Déjà avant l'opération, et surtout après, il faut instituer un traitement général, médical et hygiénique destiné à combattre la diathèse elle-même et les lésions internes.

10° Malgré toutes les précautions que prendra le chirurgien, malgré tous les soins dont seront entourés les malades, un grand nombre d'entre eux mourront. Et parmi ceux qui sortent guéris, il en est qui reviendront mourir phthisiques. La diathèse tuberculeuse, a été arrêtée momentanément dans son évolution, mais n'a pas été guérie.

Vu :

Le Président de la thèse,

D^r GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 4 août 1884.

Le Recteur,

M. MOURIN.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.	1
Historique.	4
Première Partie.	
DE LA TUBERCULOSE EN GÉNÉRAL	
CHAPITRE I. — Nature de la tuberculose.	16
— II. — Curabilité de la tuberculose.	28
— III. — Diagnostic.	33
— IV. — Tuberculose chirurgicale.	37
Deuxième Partie.	
INFLUENCE DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT	
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.	41
CHAPITRE I. — Résultats opératoires.	42
— II. — Des conditions dans lesquelles se développe la tuberculose pulmo- naire à la suite des opérations.	49
— III. — Indications.	64
Troisième Partie.	
INFLUENCE DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE SUR LA MARCHÉ DE LA	
TUBERCULOSE PULMONAIRE.	65
CHAPITRE I. — Résultats opératoires.	65
— II. — Marche de la tuberculose après les opérations.	71
— III. — Indications et contre-indications.	81
Observations.	
PREMIÈRE SÉRIE. — Individus non tuberculeux des poumons.	I
DEUXIÈME SÉRIE. — Individus tuberculeux des poumons.	XXX
Note additionnelle.	LXV
Conclusions générales	LXVII

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Azotate d'argent — Caractères de pureté.
 - 2° PHYSIQUE. — Propagation de la chaleur par conductibilité et par rayonnement. — Refroidissement des corps.
 - 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Des acanthocéphales.
 - 4° ANATOMIE. — Ganglion ophthalmique.
 - 5° HISTOLOGIE. — Corps thyroïde.
 - 6° PHYSIOLOGIE. — De la rigidité cadavérique.
 - 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De l'anus contre nature.
 - 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des symptômes de la syphilis.
 - 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du rétrécissement de l'œsophage.
 - 10° THÉRAPEUTIQUE. — Traitement du diabète.
 - 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Trépanation du crâne.
 - 12° ACCOUCHEMENTS. — De l'inflammation traumatique de l'utérus.
 - 13° HYGIÈNE. — De la ventilation.
 - 14° MÉDECINE LÉGALE. — Législation relative aux blessures. — Incapacité de travail, infirmité permanente. — Définition. — Application médico-légale.
-

